



## **TESIS DOCTORAL**

# **LA ATENCIÓN A LA FAMILIA EN ATENCIÓN TEMPRANA. UN ESTUDIO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS Y CENTROS DE ATENCIÓN TEMPRANA.**

CARMEN ANDRÉS VILORIA

Madrid, 2011

Directores:

Rosalía Aranda Redruello y Pilar Gútiérrez Cuevas

## ***Dedicatoria***

*"A mis padres...*

*... porque les quiero y porque me habéis dado todo lo que soy. Por haberme introducido al fascinante mundo de la lectura, de la música, del piano... las sonatas para violonchelo de Bach me han acompañado en las horas de trabajo.*

*"A Jose Antonio...*

*... por tu paciencia, por hacerme más llevadero el trajín diario, por tu decidida entrega a estar siempre conmigo, por tu optimismo, por entender mis ausencias y mis malos momentos, por tu amor.*

*"A mis hijos...*

*... por ser el corazón y motor de mi vida. Sois lo mejor que nunca me ha pasado, mi referencia para el presente y para el futuro. A Guillermo por hacerme reír. A Paula por los ánimos y cariños que me das.*

*"A mi familia de Burgos...*

*.... siempre sois una referencia para mí"*

## **AGRADECIMIENTOS**

*La realización de esta Tesis ha sido posible gracias a la ayuda de un conjunto de personas a las que quiero dejar constancia de mi agradecimiento por sus sugerencias y su apoyo personal.*

*Agradezco a Rosalía Aranda Redruella, por iniciarme en las tareas docentes e investigadoras, por su inmenso apoyo, por su amistad. Su labor de dirección y su estímulo constante han hecho posible la consecución de este trabajo de investigación.*

*Agradecer a Pilar Gútiez Cuevas, por su inmenso apoyo, ánimo, cariño, por escucharme y aconsejarme siempre. Has sido un soporte muy fuerte en momentos de desesperación. Gracias a la amistad brindada, será difícil olvidar los buenos momentos de tu despacho.*

*Agradecer a Ricardo García su inestimable ayuda en la parte metodológica de este trabajo.*

*Agradecer a todos los profesionales que han colaborado en el estudio, a pesar de sus prioridades laborales inmediatas.*

*A mis amigas Virginia y Rosa, aunque lejos apoyaron moralmente este trabajo, por todos los momentos que hemos dejado de estar juntas, y que tanto echo de menos, por lo compartido durante todos estos años, que ya van siendo unos cuantos...*

*Y a todos los que han estado a mi lado en este largo proceso.*

*No somos casi nada sin la buena gente que nos rodea*

*De todo corazón, y a todos.... ¡Gracias!*

# **La atención a la familia en Atención Temprana. Un estudio desde la perspectiva de los profesionales de los servicios y centros de Atención Temprana.**

## **Resumen**

El considerar la primera infancia como una fase sensible y trascendente para el desarrollo personal y cuyos beneficios tienen largo alcance, nos plantea dirigir los mayores esfuerzos hacia la prevención socioeducativa en la primera infancia. Los programas de apoyo familiar deben ser incentivados.

Los niños de 0 a 6 años y sus familias se encuentran atendidos por profesionales de tres ámbitos con competencia en Atención Temprana (Sanitario, Educativo y Social). La atención a la familia debe ser una atención prioritaria, ya que es uno de los factores que más va a condicionar el desarrollo y evolución de los niños. Revisamos los actuales servicios de Atención Temprana, competencias, cualificación profesional, recursos de atención y apoyo específico dirigido a la familia.

La investigación parte de las propuestas de futuro del GAT(2005) para la AT, que son potenciar la prevención realizando programas de apoyo universal a la crianza, entendida como la información, la formación y el acompañamiento experto que se debe ofrecer a la familia como primer entorno social en el que los niños como personas comienzan a desarrollarse.

El objeto de estudio es conocer cómo organizan y planifican la atención a la familia los profesionales de la AT de la Comunidad de Madrid (Sanidad, Servicios Sociales, y Educación), detectar sus necesidades y demandas profesionales y plantear propuestas de mejora.

Encuestamos una muestra de 275 profesionales de los tres ámbitos.

El análisis descriptivo y estadístico muestra una alta percepción de los profesionales de la necesidad de realizar actividades de formación para las familias, carencias desde los centros en la planificación y organización de la atención a la familia y formación de los profesionales, diferencias en las actividades de formación para las familias por ámbitos. Destacar diferencias en los perfiles profesionales de los equipos, planificación de la atención a la familia y formación de los profesionales respecto a otra comunidad

## **Palabras Clave**

Atención Temprana, familia, prevención, programas de formación para padres, primera infancia.

**Assistance to families within Early Childhood Assistance. A study from the perspective of the professionals and centres of Early Childhood Assistance.**

Considering early childhood as a sensible and transcendental stage for reaching the personal development of the individual and whose benefits have a long range to put our best efforts toward social-educative prevention in early childhood.

Professionals from three fields – Health, Education and Social services – with competence in early childhood matters assist children from 0 to 6 years and their families. The assistance to families must be a priority because it is one of the main factors that will determine the development and evolution of children. We go through the current early childhood assistance services, competences, professional qualification, assistance resources and specific help toward families.

This research starts from the proposals for the future the GAT (2005) for Early Childhood Assistance, which are to boost prevention by developing programs of universal assistance for upbringing, prevention deemed as the information, training and expert assistance that must be offered to families, as the first social environment in which children start to develop as individuals.

The aim of this research is to learn how professionals the Early Help of Childhood Assistance of the Community of Madrid they organize and plan the attention to the family (the Department of the public health, social Services and Education). In the Community of Madrid organize and arrange the assistance to families, find out their professional needs, demands of the profession and present proposals for improvement.

We surveyed 275 professionals from the three fields.

The descriptive and statistical analysis shows a high perception among the professionals about the need to develop training activities for families also deficiencies in the arrangements for the assistance to families made by the Centres of Early Childhood Assistance, and in the training received by professionals, as well as differences in the training activities for families depending on the field. Emphasize to bring out differences in the professional backgrounds of the team members, planning of assistance to the families and the professional training received by the professionals with respect to other communities.

Key words: Early Childhood Assistance, prevention, training programs for parents, Early Childhood.

## INDÍCE

<b>PLANTEAMIENTO INICIAL DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>1</b>
1. <b>INTRODUCCIÓN</b>	2
1.1. Origen del estudio	3
1.2. Propósito de la investigación	5
1.3. Situación actual, alcance, limitaciones	6
 <b>PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO</b>	 <b>10</b>
<b>BLOQUE I: ATENCIÓN TEMPRANA</b>	<b>11</b>
1. <b>INTRODUCCIÓN</b>	12
2. <b>ORIGEN E INICIOS DE LA ATENCIÓN TEMPRANA</b>	13
2. 1. Cambios en el término y concepto de AT	14
2. 2. Antecedentes en el estudio de la Atención Temprana	18
2.2.1 Hitos relevantes en el panorama Internacional	18
2.2.2. Proceso de recepción en España	20
2.2.3. Modelos de actuación: aportaciones	23
2. 3. Panorama actual de la AT en Europa y EEUU	28
2.3.1. Planes e iniciativas que impulsan la AT en Europa	33
3. <b>BASES CIENTÍFICAS DE LA AT</b>	34
3. 1. Bases Neurológicas	35
3. 2. Bases Psicológicas	37
3. 3. Bases Biológicas	41
3. 4. Bases Pedagógicas	42
4. <b>ÁMBITOS DE ACTUACIÓN EN AT</b>	44
4. 1. Servicios de Salud	44
4. 2. Servicios Sociales	45
4. 2. 1. Centros Base	46
4. 2. 2. Centros de Atención Temprana	49
4. 3. Servicios Educativos	53
4. 3. 1. Escuela Infantil	54
4. 3. 2. Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógicos	56
5. <b>BASES LEGALES DE LA INFANCIA Y AT</b>	60
5.1. Normativa Internacional	60
5. 2. Normativa Europea	61
5. 3. Normativa Nacional	62
5. 4. Normativa Autonómica de la C.A.M.	66
6. <b>ATENCIÓN TEMPRANA EN LA C.A.M</b>	67
6. 1. Incidencia y prevalencia	67

6. 2. Instituciones e iniciativas vinculadas a la AT	70
6. 3. Servicios y Recursos de Atención a la Infancia en la CAM	72
6. 3. 1. Servicios Sanitarios	72
6. 3. 2. Servicios Educativos	73
6. 3. 3. Servicios Sociales	74
<b>7. OTROS MODELOS DE AT: CATALUÑA</b>	78
<b>8. CONSIDERACIONES FINALES</b>	82
<b>BLOQUE II: LA FAMILIA</b>	84
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	85
<b>2. BREVE APROXIMACIÓN HISTÓRICA</b>	87
2. 1. Conceptualización de la familia	89
2. 2. Ciclo vital familiar	92
2. 3. La diversidad familiar	94
<b>3. LA FAMILIA COMO CONTEXTO DE DESARROLLO</b>	95
3.1. Funciones de la familia	96
3.2. Las relaciones familiares	100
3. 2. 1. El vínculo afectivo	101
3. 2. 2. Las dificultades vinculares	102
3. 3. La crianza y el bienestar infantil	104
3. 3. 1. Capacidades y calidad para la crianza	105
3. 3. 2. Figuras de crianza	107
3. 3. 2.1. Maternidad y Paternidad	108
3. 3. 2.2. El papel de los hermanos	110
3. 3. 2.3. Los Abuelos	112
3.4. La protección del niño y el apoyo a la familia: prevención	113
<b>4. MODELOS DE ACTUACIÓN EN AT CON FAMILIAS</b>	117
4. 1. Modelo Sistémico	118
4. 2. Modelo Ecológico	120
4. 3. Modelo Transaccional	121
4. 4. Modelo Evolutivo – Educativo	122
<b>5. INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL CONTEXTO FAMILIAR</b>	124
5. 1. Formación de padres	124
5. 1. 1. Características de los programas de formación de padres	127
5. 1. 2. Finalidad y objetivos	127
5. 2. Modelos de formación de padres	128
5.2.1. Programas destinados a la Formación general de padres	128
5.2.2. Programas instruccionales dirigidos a padres	129
5.2.3. Programas dirigidos a conseguir mayor implicación de las familias en el proceso educativo	132



5.2.4. Servicios dirigidos al desarrollo de capacidades infantiles y de competencias educativas en sus familias	133
<b>6. CONSIDERACIONES FINALES</b>	133
<b>BLOQUE III. EDUCACIÓN INFANTIL</b>	135
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	136
<b>2. REFERENCIAS HISTÓRICAS SOBRE LA INFANCIA</b>	138
2. 1. Primeras instituciones	140
2. 2. Situación actual en los servicios de atención a la infancia	142
<b>3. EDUCACIÓN INFANTIL EN EL SISTEMA EDUCATIVO ESPAÑOL</b>	144
3. 1. Objetivos de la Educación Infantil	150
3. 2. Implicación-participación de las familias	155
3. 3. Profesorado de Educación Infantil	157
3. 4. Servicios y recursos de apoyo en Educación Infantil	162
3. 4. 1. Los equipos de apoyo externo	163
<b>4. POBLACIÓN INFANTIL</b>	167
<b>5. REALIDAD EDUCATIVA EN LA COMUNIDAD DE MADRID</b>	170
5. 1. Tipología de gestión	173
<b>6. ESCUELA INFANTIL Y ATENCIÓN TEMPRANA</b>	175
<b>7. CONSIDERACIONES FINALES</b>	178
<b>BLOQUE IV: PROGRAMAS DE FORMACIÓN FAMILIAR</b>	179
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	180
<b>2. PLANTEAMIENTOS EN TORNO A LOS PROGRAMAS PARA LA PRIMERA INFANCIA</b>	182
<b>3. PROGRAMAS DESARROLLADOS EN EEUU</b>	184
• Programas de intervención temprana en niños en situación de riesgo a causa de su entorno	187
• Programas de Intervención Temprana en niños en situación de riesgo biológico	189
• Programas de intervención temprana en niños con retrasos en el desarrollo	193
<b>4. PROYECTOS DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN IBEROAMÉRICA</b>	194
▪ Programa NAR: programa de prevención y seguimiento de niños de riesgo al nacimiento (ECUADOR)	198
▪ Programa Arranque Parejo: programa de prevención socio-sanitario (México)	200
▪ Chile crece contigo	202

<b>5. PROGRAMAS DESARROLLADOS EN EUROPA</b>	204
• El Proyecto de Intervención Temprana en Coimbra (Portugal)	204
• El Programa Sure Start o Comienzo seguro (Inglaterra)	205
• El proyecto de intervención con familias "Humlan"(Suecia)	206
• Programas de apoyo a la crianza	206
• Programas de intervención prenatal	208
<b>6. PROGRAMAS DE AT DESARROLLADOS EN ESPAÑA</b>	210
<b>7. CONSIDERACIONES FINALES</b>	215
 <b>SEGUNDA PARTE: MARCO EMPÍRICO</b>	 217
 <b>BLOQUE V: PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	 218
1. INTRODUCCIÓN	219
2. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	220
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	224
Identificación	225
3. 2. Problema general de estudio	226
3. 3. Formulación definitiva del problema de investigación	227
4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	228
4.1. Variables de estudio	229
4.2. Hipótesis	230
5. METODOLOGÍA	233
5.1. Naturaleza de la investigación	234
5.2. Muestra	234
▪ Universo	235
▪ Población	235
▪ Método de Muestreo	236
▪ Individuo	243
5.3. Instrumento de medida	243
5.4. Proceso de recogida de datos	245
5.5. Tratamiento y análisis de datos	246
6. RESULTADOS	247
7. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS	289
8. PROPUESTAS DERIVADAS DE LA INVESTIGACIÓN	314
9. CONCLUSIONES	316
 <b>BIBLIOGRAFÍA</b>	 321
<b>ANEXOS</b>	342

Tabla 1: Diferentes términos de Atención Temprana	14
Tabla 2: Países donde se inicia la AT	19
Tabla 3: Otros Modelos de actuación en Atención Temprana	26
Tabla 4: Teorías sobre el desarrollo infantil	38
Tabla 5: Objetivos de los Centros Base	48
Tabla 6: Funciones de los Centros Base	49
Tabla 7: Líneas de actuación de los C.A.Ts	50
Tabla 8: Objetivos de los C.A.Ts	50
Tabla 9: Procedimiento de actuación en los C.A.Ts	52
Tabla 10: Normativa Internacional sobre la primera infancia	60
Tabla 11: Normativa Europea	61
Tabla 12: Normativa del ámbito Sanitario	62
Tabla 13: Normativa del ámbito Servicios Sociales	63
Tabla 14: Desarrollo normativo del Ministerio de Educación (1985- 1996)	64
Tabla 15: Desarrollo normativo del Ministerio de Educación (2000- 2009)	65
Tabla 16: Normativa de la Comunidad de Madrid	66
Tabla 17: Instituciones en la CAM	70
Tabla 18: Evolución de centros concertados de AT 2000-2007	75
Tabla 19: Diversidad de formas familiares	95
Tabla 20: Funciones de las familias	97
Tabla 21: Reacciones emocionales de los padres	103
Tabla 22: Programas instruccionales dirigidos a padres en AT	129
Tabla 23: Tipos de grupos de apoyo	130
Tabla 24: Primeras instituciones de Educación Infantil en Europa	140
Tabla 25: Evolución del concepto según la normativa	145
Tabla 26: Áreas y contenidos educativos del segundo ciclo (3-6 años)	152
Tabla 27: Áreas y contenidos educativos del primer ciclo (0-3 años)	154
Tabla 28: Profesionales en la Escuela Infantil	163
Tabla 29: Ámbitos de actuación de los Equipos de Atención Temprana	165
Tabla 30: Nº de Niños (0-6 años)	168
Tabla 31: Alumnos matriculados en Educación Infantil por CCAA	169
Tabla 32: Tipología de gestión de centros de Educación Infantil	173
Tabla 33: Escuelas Infantiles	174
Tabla 34: Casa de Niños	174

Tabla 35: Programas en población de alto riesgo por causa biológica.	190
Tabla 36: Intervenciones centradas en la formación de los padres.	191
Tabla 37: Proyectos de Desarrollo Infantil Temprano en Iberoamérica.	196
Tabla 38: Procedimiento de Estudio y Pasos de la Investigación.	234
Tabla 39: Muestra Invitada y Participante.	237
Tabla 40: Titularidad de los Centros Encuestados.	237
Tabla 41: Perfiles Profesionales de la Muestra de Estudio.	238
Tabla 42: Años de experiencia en AT.	239
Tabla 43: Datos de la consideración de formación familiar por ámbitos.	248
Tabla 44: Actividades de formación para familias por ámbitos.	251
Tabla 45: Comparativa entre nº de familias atendidas en el centro respecto a las actividades formativas para las familias.	255
Tabla 46: Familiar que demanda actividades de formación.	275
Tabla 47: Diferencias entre los ámbitos de AT en cuanto a los beneficios que señalan los profesionales de AT.	277
Tabla 48: Comparativa entre centros de AT por comunidad respecto a las actividades formativas para familias que realizan.	285

Gráfico 1: Modelos de Actuación en Atención Temprana.	23
Gráfico 2: Población atendida en los CATs.	76
Gráfico 3: Muestra por perfiles profesionales.	239
Gráfico 4: Descripción de la muestra por ámbitos.	240
Gráfico 5: Titularidad de centros de la muestra.	240
Gráfico 6: Tipos de Centros de AT de la muestra.	241
Gráfico 7: muestra por zonas C.A.M.	242
Gráfico 8: Nº de familias atendidas en los centros.	242
Gráfico 9: Nacionalidad de las familias atendidas.	243
Gráfico 10: Profesionales que atienden a las familias.	249
Gráfico 11: Formación familiar por ámbitos de AT.	250
Gráfico 12: Actividades formativas para las familias.	251
Gráfico 13: Participación de las familias en las actividades de formación	252
Gráfico 14: Periodicidad de las actuaciones formativas en AT.	253
Gráfico 15: Datos del tiempo que se llevan realizando las actividades de formación familiar.	254
Gráfico 16: Financiación de la formación familiar en AT.	256
Gráfico 17: Protocolos de Intervención Familiar en AT.	258
Gráfico 18: Protocolos de intervención familiar.	259
Gráfico 19: Empleo de protocolos con el nº de familias atendidas en el centro.	260
Gráfico 20: Protocolos de apoyo/asesoramiento.	261
Gráfico 21: Protocolos de apoyo en los distintos ámbitos de AT.	261
Gráfico 22: Protocolos para la formación familiar.	262
Gráfico 23: Empleo de protocolos para formación familiar por ámbitos de Atención Temprana.	263
Gráfico 24: Tiempo en el horario laboral para apoyo/formación a las familias.	264
Gráfico 25: Tiempo en horario laboral, por ámbitos de AT.	265
Gráfico 26: Tiempo para devolver información a los padres.	266
Gráfico 27: Espacio en el centro para actividades con las familias.	267
Gráfico 28: Espacio en el centro para actividades con las familias por ámbitos de AT.	267
Gráfico 29: Localización del espacio para las actividades con las familias.	268
Gráfico 30: Formación específica en intervención familiar en AT.	270
Gráfico 31: Formación en intervención familiar por ámbitos en AT.	271
Gráfico 32: Demanda de los profesionales.	272

Gráfico 33: Planificación de la formación continua de los profesionales.	273
Gráfico 34: Empleo de procedimientos para detectar necesidades de las familias por ámbitos de AT.	275
Gráfico 35: Variables que pueden favorecer actividades de formación para las familias.	279
Gráfico 36: Profesionales de los equipos de los centros de Cataluña y CAM.	280
Gráfico 37: Descripción de la muestra de centros de Cataluña y CAM.	281
Gráfico 38: Nº de familias atendidas en los centros.	282
Gráfico 39: Protocolos para los procesos de intervención familiar.	283
Gráfico 40: Distribución de los porcentajes relativos a protocolos de apoyo y formación.	284
Gráfico 41: Datos del tiempo que se llevan realizando las actividades de formación familiar.	286
Gráfico 42: Formación específica, demanda y planificación de formación de los profesionales en los centros de Cataluña y CAM.	287
Gráfico 43: Participación de las familias en las actividades de formación por Comunidad Autónoma.	289

# PLANTEAMIENTO INICIAL DE LA INVESTIGACIÓN

## **1. INTRODUCCIÓN**

La investigación psicoeducativa ha tratado de poner de manifiesto la importancia que tiene la educación infantil en el proceso de desarrollo y posterior aprendizaje humano (Dahlberg y Asen, 1994; Gútiez, 1995; Moss, 1994, Young, 1995). En los últimos años se ha tomado conciencia de que el hecho de recibir una buena experiencia durante los primeros años es fundamental, no sólo para la mejora del desarrollo propio de esta etapa, sino también para el aprendizaje y competencia en los años posteriores, aspecto que cobra mayor relevancia cuando hablamos de la población infantil en Atención Temprana.

La evolución de los planteamientos científicos, de los recursos educativos y asistenciales y de la propia sociedad, que progresivamente ha ido cubriendo sus necesidades básicas, ha condicionado la forma de abordar la problemática de la primera infancia con discapacidad (Gútiez, 2005).

En el caso concreto de nuestro país, la realidad administrativa en materia de Atención Temprana, configurada por tres grandes ámbitos (servicios sociales, sanidad y educación), fue incorporada en la Ley 13/1982, de 7 de Abril, de Integración Social de Minusválidos (LISMI), donde perfiló la necesidad de realizar una Atención Temprana a los niños que tuvieran discapacidad.

Una vez que se verifican sus resultados positivos es, probablemente, lo que explica el interés creciente que genera en todos los ámbitos profesionales relacionados con la infancia, pero también entre los padres, que han pasado de tener un papel pasivo, dentro de este ámbito de actuaciones, a ocupar una posición preferente y ser considerados como un objetivo clave de la intervención familiar (Agencia Europea, 2005).

En nuestra Comunidad, la *Comisión de Atención a la Infancia y Adolescencia con Discapacidad de la C.A.M*<sup>1</sup> está preocupada por regularizar y coordinar todas las acciones que componen la Atención Temprana como Servicio de Atención Especializada a la Infancia por medio de distintas medidas: planificar acciones encaminadas a desarrollar o posibilitar en su mayor grado las opciones de integración familiar de cada niño, así como la revisión de la información, formación y apoyo familiar dentro de cada ámbito de actuación.

---

<sup>1</sup> La Comisión de Infancia y Adolescencia de la C.A.M es un órgano consultor dependiente del Consejo Asesor de Infancia y Adolescencia de la CAM (dependiente del Instituto Madrileño del Menor y la Familia, Consejería de Familia y Asuntos Sociales). Está integrada por expertos procedentes de los ámbitos sanitario, educativo y de servicios sociales, que conforman diferentes grupos de trabajo.



---

Por ello, en el marco de la actividad investigadora y como docente de la Universidad, y más concretamente de la Facultad de Educación de la Universidad Autónoma de Madrid, consideramos de gran interés y utilidad profundizar en el tema de la formación de las familias en Atención Temprana como herramienta de prevención, ya que es una necesidad para el desarrollo de Programas de Intervención cada vez más eficaces, que nos permitan conocer en profundidad los problemas que afectan a las familias, ya que, sólo a partir de ese conocimiento, pueden plantearse verdaderos programas de prevención.

**La formación de padres constituye una estrategia, que en sí misma, puede mejorar el desarrollo de los niños.** La familia es un contexto potencialmente facilitador o, en su caso, inhibidor del desarrollo y de la educación de los niños.

Los padres regulan los estímulos que el niño recibe y ocupan la posición más importante para potenciar oportunidades de aprendizaje en el niño, a la vez que pueden prevenir las posibles dificultades futuras de su aprendizaje, así como sus dificultades para relacionarse con su familia (Saénz Rico, 1994).

El motivo por el que nos centramos en este objeto de investigación es porque consideramos que la Atención Temprana debe ser un derecho de todos los niños y no se agota en conformar la estructura y funciones de los equipos especializados, sino que debe comprender también: *"Los programas de apoyo universal a la crianza entendida como la información, la formación y el acompañamiento experto que se debe ofrecer a la familia para que ejerza sus funciones relativas al desarrollo personal de cada niño"* (GAT, 2005:20).

## **1.1. Origen del Estudio**

El origen de este proyecto de Tesis Doctoral se sitúa varios años atrás y surge no sólo como respuesta a una inquietud personal derivada del trabajo profesional, sino también por la demanda que se presenta, cada vez con mayor frecuencia, en las familias en Atención Temprana.

La inquietud personal surgió tras un periodo de 15 años de trabajo en un Centro de Atención Temprana de la C.A.M donde hemos tenido la oportunidad de intervenir en cuestiones de prevención, seguimiento y orientación a la familia. Tuvimos la oportunidad de trabajar con familias que acababan de tener un hijo con importantes trastornos del desarrollo, diagnosticado ya desde los primeros días de vida. Es difícil olvidar la carga emocional de aquellas primeras familias, imposible olvidar a los padres y sus bebés.

Simultáneamente se presentó la ocasión de colaborar en la formación de profesionales de Escuelas Infantiles. Escuchando a los educadores nos dimos cuenta de que hay un colectivo de familias que, aún necesitando ayuda, no acuden a los Centros de Atención Temprana por “prejuicios” o porque se les aconseja esperar, presuponiendo que el tiempo, lo mejorará, perjudicando su desarrollo emocional, social y cognitivo e incidiendo, con frecuencia, de forma negativa en la dinámica familiar. Consideramos que si se “cuida” activamente a la familia, en muchos casos, se puede evitar la intervención posterior.

Por este motivo se consideró necesario conocer el ámbito educativo, qué actividades y recursos se desarrollan en educación infantil para la formación familiar, ya que hoy día es un contexto en el que los niños, cada vez a edades más tempranas, pasan largas jornadas y los profesionales pueden ayudar a entender las preocupaciones de los padres durante la crianza, sus miedos, sus sentimientos de frustración en algunos momentos, su ternura, el ajuste familiar, el bienestar personal y familiar, el estrés de los padres, los patrones de interacción ... que van a potenciar el desarrollo del niño.

En el marco de los diferentes Documentos Marco en Atención Temprana (GAT, 2000; Agencia Europea, 2005), empieza a ser un desafío importante la intervención familiar en Atención Temprana. Actualmente, es necesario verificar qué tipo de intervención es más efectiva, qué aspectos concretos de la intervención se llevan a cabo, qué características de los programas son más eficaces. Se está demandando una mayor implicación práctica en la investigación en el campo de la Atención Temprana (Giné, 2006; Guralnick, 2007); una investigación de calidad, de la que se desprendan consecuencias directas para la mejora de futuras intervenciones.

Basándonos en los principios generales del marco de la Educación para la Vida Familiar (Arcus y Thomas, 1993) y siguiendo las recomendaciones de investigación de la *División de Infancia Temprana* (2006) que señalan la necesidad de identificar y evaluar los modelos más efectivos de apoyo y colaboración familiar y las condiciones por las que estas intervenciones sean las más efectivas, consideramos que se justifica esta investigación por la escasez en España de estudios sistemáticos y descriptivos sobre Programas de formación familiar en Atención Temprana.

Ante la diversidad de profesionales, servicios educativos y socio-sanitarios que intervienen en el proceso de Atención Temprana, se decidió analizar la organización y planificación de la intervención familiar por los diferentes equipos.

---

Desde las distintas disciplinas, que integran el campo de la Atención Temprana, se ha señalado la importancia de los primeros años de vida y la importancia de la intervención temprana para mejorar el desarrollo del niño (Harlow, 1972; Valle, 1991; Sánchez, Sainz, 1999; Guralnick y Bennet, 1989).

En definitiva, **el apoyar, orientar y asesorar sobre el desarrollo infantil desde las primeras edades es una forma de prevenir** y facilitar ciertos procesos madurativos. Como este control del desarrollo lo realizan diariamente los padres, vigilando y atendiendo las necesidades que presentan sus hijos, consideramos que sería importante revisar el estado de esta cuestión.

## **1.2. Propósito de la investigación**

A la hora de llevar a cabo nuestra investigación, hemos tomado en cuenta que “la elección del problema es de índole personal; depende de los intereses y objetivos del investigador: comprobar teorías, descubrir o generar conocimiento o mejorar y optimizar la práctica educativa” (Arnal, J. del Rincón, D., Latorre, A., 1994: 52).

El objeto de esta investigación es analizar las actividades de formación que realizan los profesionales, que trabajan en el ámbito de Atención Temprana (salud, servicios sociales y educación) con las familias en la Comunidad de Madrid.

Los distintos profesionales de la Atención Temprana defienden, en la actualidad, que la intervención debe abordar a la globalidad de la familia, buscando las estrategias y recursos necesarios que den respuesta a las necesidades y demandas de ésta, pues la familia en Atención Temprana tiene un papel activo, dinámico y decisivo (García Sánchez, 2002; De Linares, 2003; Agencia Europea, 2000, 2005).

Pretendemos, a través de nuestro trabajo:

- **Conocer las actividades dirigidas a las familias** en el ámbito de la Atención Temprana que se llevan a cabo en los centros y servicios sanitarios, educativos y sociales.
- **Revisar las investigaciones sobre los Programas** dirigidos a las familias en el ámbito de Atención Temprana que se han puesto en práctica en diferentes países.
- **Analizar el grado de participación de las familias en dichos programas.**

- Conocer las actividades, estrategias y técnicas de intervención necesarias para la elaboración y puesta en práctica de programas de formación a las familias.
- Identificar **necesidades de formación, en el trabajo con las familias**, de los profesionales de la Atención Temprana.

La formulación de estas cuestiones nos lleva a un planteamiento inicial de nuestro problema de estudio:

**¿Tienen los profesionales de Atención Temprana de la C.A.M la formación familiar organizada, planificada y los recursos suficientes para ello?**

**¿Tienen los profesionales de la Atención Temprana de la C.A.M formación específica en intervención familiar?**

### **1.3. Situación actual, alcance y limitaciones**

La cuestión del papel de la familia esta centralizando parte del debate actual en el campo de la Atención a la primera infancia, tanto en nuestro país como a nivel Europeo e Internacional.

A partir de los años 80 en Estados Unidos (Simeonsson y Bailey, 1990) y quizás en los últimos años en nuestro país (Castellanos y cols., 2003, FEAPS, 2001), las familias empiezan a ser vistas como un cliente importante, receptor de los servicios de AT.

En España, desde los años 90 empieza a preocupar este tema, y se le presta especial atención en las diferentes *Jornadas Interdisciplinares de Alto riesgo de Deficiencias*<sup>2</sup>. Los diferentes estudios se centraron en el análisis de los recursos necesarios para la valoración de las características de la familia y sus necesidades, para el reconocimiento de sus propios objetivos y metas y para la delimitación de los servicios que requiere la Intervención Familiar.

En el contexto del Espacio Europeo, las políticas públicas de apoyo a la familia han despertado en los últimos años un creciente interés, existe cada vez mayor preocupación por la regulación y el desarrollo de medidas dirigidas a promover el

---

<sup>2</sup> Las Jornadas se han desarrollado anualmente desde el año 1990 hasta el 2004, organizadas por la asociación GENYSI (Grupo de Estudios Neonatológicos y Servicios de Intervención) con la financiación del Real Patronato sobre Discapacidad.

---

bienestar de las familias con hijos con discapacidad (Agencia Europea, 2005 <sup>3</sup>). El Plan de Acción de la UE en materia de Discapacidad (2006) reconoce la necesidad de tener en cuenta, los problemas de los padres de niños con discapacidad que a menudo encuentran dificultades para conciliar vida laboral y familiar e insiste en la extensión de *"servicios de calidad y estructuras de ayuda a las familias que garanticen a estos niños una infancia rica y alegre..."*

En el caso concreto de la Comunidad de Madrid, el grupo GENYSI dio lugar a los primeros estudios sobre el efecto de los programas sobre la dinámica familiar. En la actualidad, desde que en el año 2001 se constituyera la Asociación Madrileña de Profesionales de Atención Temprana (AMPAT), quiénes mantienen una preocupación por asegurar la prevención primaria y la detección precoz de las posibles necesidades de Atención Temprana. Actuaciones estas y, especialmente, las de *prevención primaria psicoeducativa* que tienen obviamente como protagonista a la familia.

En general, los diferentes marcos de referencia en AT, para los profesionales, servicios e instituciones que trabajan en el campo de la primera infancia en nuestra Comunidad (Libro Blanco, 2000<sup>4</sup>; Manual de Buenas Prácticas, (2000); Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la AT, 2005) plantean líneas estratégicas que permitan mejorar la intervención que se realiza con la familia del niño con discapacidad

Entre los profesionales e investigadores, cada vez es más patente y está más extendida la opinión de que pese a la heterogeneidad y la diversidad de sistemas de AT, métodos de revisión y estructuras de entrada y pese a la coordinación entre organismos y al incremento del número de niños o de centros en los que se recibe atención, etc., aún quedan enormes desafíos en lo concerniente a la equiparación de las prácticas y los principios (Guralnick, 2005).

Es básico, para mejorar la calidad de la intervención en AT, el cumplir con los requisitos o principios internacionalmente establecidos para el buen hacer en AT. Entre ellos destacaríamos, por ejemplo, el desarrollo de un trabajo verdaderamente interdisciplinar en el equipo de AT, para lo cual, y de cara a la familia, la figura del terapeuta-tutor del niño puede adquirir una importancia capital (Castellanos, García Sánchez y Mendieta, 2000, Castellanos y cols., 2003); la sectorización y descentralización de los recursos de AT para facilitar la cercanía a las familias

---

<sup>3</sup> La web específica de la página de la Agencia: <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

<sup>4</sup> Libro Blanco de la AT (2000) elaborado por el Grupo de AT con representación de especialistas de las diversas Comunidades Autónomas y con el respaldo del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía

(Grupo de AT, 2000); la intervención en entornos naturales, entre los que obviamente está la familia, convirtiéndose en el entorno más competente para el desarrollo del niño (Perpinán, 2002, 2003).

En todo el proceso de intervención, los padres son los protagonistas junto con sus hijos en el desarrollo de estos y, potencialmente, son los mejores estimuladores (Valle, 1991). Por ello, la función básica de los profesionales en Atención Temprana es servirles de apoyo y asesoramiento.

Entendemos que intervenir en Atención Temprana no es solamente estimular al niño es, sobre todo, favorecer la creación de contextos adecuados donde él pueda interactuar en condiciones óptimas.

La participación de los padres se centra en el desempeño de una función activa auxiliar en las actividades educativas relacionadas con la situación del niño y su desarrollo y, si es posible, asumiendo competencias importantes, para lo cual, es necesario formarles previamente (Hanson, 1980).

Y también entendemos que, siempre que se realice formación con las familias, habrá una mayor implicación por parte de los padres, en el desarrollo de sus hijos.

No cabe duda de que los primeros años de vida de un niño son de gran importancia para su posterior desarrollo, así como el papel que desempeñan los factores ambientales en el desarrollo (Appleton, Clifton, Golberg, 1975).

En la Conferencia "*Nuevas perspectivas en la Atención Temprana*"<sup>5</sup> (Guralnick, 2009) apunta como tema de inquietud que la intervención en AT debe dar más prioridad al desarrollo socioemocional del niño y en este desarrollo es fundamental la familia.

El autor señala como la mayoría de las veces se dedican más esfuerzos a temas lingüísticos que a temas emocionales. En relación a cómo contribuir al desarrollo emocional de los niños, apunta la necesidad de trabajar con los padres y que los profesionales puedan diseñar programas para la intervención familiar.

Esta investigación servirá para abrir nuevas líneas de trabajo, desde una perspectiva ecológica (Bronfenbrenner, 1987), y diseñar programas de formación

---

<sup>5</sup> Guralnick (2009) Conferencia organizada por Magíster en Atención Temprana y AMPAT (Asociación Madrileña de Profesionales de Atención Temprana). Facultad de Educación. Universidad Complutense de Madrid.

---

educativa con las familias, que puedan ayudar a fomentar el desarrollo de los niños y a fortalecer sus relaciones con la familia.

MARCO TEÓRICO



**BLOQUE I:**  
**ATENCIÓN TEMPRANA**

## **1. INTRODUCCIÓN**

Existe una creencia en la responsabilidad de la sociedad de proveer cuidado y protección a los niños, un compromiso con las necesidades especiales de los niños que son particularmente vulnerables como resultado de una discapacidad crónica o como consecuencia de crecer en condiciones de pobreza, y un sentido de que la prevención y la promoción u optimización del desarrollo es mejor que el tratamiento.

La Atención Temprana como “disciplina científica” es relativamente joven, aunque se han puesto de manifiesto sus resultados positivos, como modelo de prevención y que permite una mayor y mejor detección de problemas en el desarrollo durante la infancia (Agencia Europea, 2005).

Las investigaciones publicadas en los últimos años (Sameroff, 2000); Luengo, 2001; Blackman, 2003) relacionadas con los conceptos, principios, métodos de la AT, muestran una evolución en las ideas y en las teorías. Las aportaciones de varios autores, desde distintas perspectivas, han contribuido a la evolución de los conceptos y, consecuentemente, de su práctica.

El presente capítulo nace con la pretensión de revisar los principales hitos que han marcado el nacimiento de la AT como recurso institucional y sistemático en el cual, la salud, la educación y las ciencias sociales están directamente involucradas. Como veremos en el documento, la AT se nutre de diversos enfoques teóricos y pragmáticos que han estado en la base de programas y técnicas de Intervención Temprana que han acompañado las diversas formas de abordar la problemática de la deficiencia/discapacidad de la infancia temprana.

El trabajo que se ha desempeñado en el campo de la Atención Temprana ha estado condicionado por las disciplinas en las que se ha basado su actuación, así como por las instituciones que han iniciado esta actividad. (Gútiérrez, 2005).

El trabajo desarrollado en los últimos años muestra la importancia de un enfoque “ecológico”, centrado no solamente en el niño/a sino también en su familia y su entorno (Peterander, 1996). Adoptar modelos de trabajo centrados en la familia en AT, es uno de los aspectos clave para la sistematización y generalización de servicios de AT de calidad y por lo tanto, debe contemplarse como parte esencial del trabajo de los profesionales relacionados con la primera infancia.

---

## 2. ORIGEN E INICIOS DE LA AT

La evolución de esta disciplina es compleja, ya que se inició en un contexto multidisciplinario (psicoanálisis, teoría del apego, psicología evolutiva, neurobiología del desarrollo...); relacionada con la evolución de la ciencia en disciplinas como: Neurología, Pedagogía y Psicología; su implantación se realizó en ámbitos muy diversos (centros de educación especial, servicios de pediatría, departamentos de rehabilitación infantil).

**Las raíces históricas y los primeros fundamentos podríamos encontrarlos,** en primer lugar, **en la educación en la niñez temprana** (Shonkoff y Meisels ,1990). En este sentido, en el relativamente reciente reconocimiento histórico de la niñez como período importante de la vida, caracterizado como el más apropiado para la educación, y del que se aboga que es el momento en que el niño aprende de forma espontánea. (Pérez López J. 2004).

Los cambios conceptuales acerca de la niñez, así como las necesidades creadas por factores sociales y económicos, determinan y originan la creación de instituciones para el cuidado, atención y educación para los niños. Gesell (1928), Piaget(1954), Spitz, 1965, Vigotsky, 1930, Hunt (1971) o Wallon(1972) destacan la **importancia de las relaciones sociales tempranas.**

En segundo lugar, las raíces históricas de la Atención Temprana están basadas en los cambios que se han producido en actitudes y prácticas de la educación especial, respecto a los niños con discapacidades (Alonso Seco, 1997). **En nuestro país, la práctica de la Atención Temprana ha estado vinculada a la discapacidad.** Se puede afirmar, en general, que la intervención temprana trataba de proporcionar actividades adecuadas a los niños con problemas evolutivos con el fin de mejorar, en la medida de lo posible, sus niveles madurativos en las distintas áreas del desarrollo.

Los **primeros momentos de la actividad,** que se producen en la segunda mitad del siglo XX, **tienen un marcado carácter asistencial, rehabilitador y compensatorio,** para ir ampliando su campo de actuación hasta convertirse, en un corto periodo de tiempo, en un elemento clave de las políticas de prevención de la discapacidad, que se inicia en un modelo asistencial para llegar a un modelo de carácter preventivo.

## 2.1. Cambios en el término y concepto de AT

Estimulación Precoz, Atención Temprana, Estimulación Temprana, Intervención Temprana son algunas de las múltiples expresiones utilizadas por los distintos autores que han trabajado en este marco de actuación, tal vez ello no sea sino un síntoma de desconexión y descoordinación que impregna dicho campo de actuación (Gútiez, 2005).

A través de estos términos que hemos señalado, se alude también al camino recorrido por esta disciplina. Nos parece necesario, por tanto, recoger las definiciones conceptuales más relevantes de distintos autores, de tal forma que nos sirva de base para realizar un análisis propio del término y nos ayude analizar el concepto.

Señalamos en el siguiente cuadro una síntesis de los términos más utilizados:

**Tabla 1: Diferentes términos de Atención Temprana**

<b>TÉRMINOS</b>	<b>AUTORES</b>
<b>ESTIMULACIÓN PRECOZ:</b> tenía su base en la motricidad	Moya, 1978; González Mas, 1978 y Gómez, 1979
<b>ESTIMULACIÓN TEMPRANA</b>	Coriat, 1978; García, 1987; Sánchez y Cabrera, 1980
<b>ATENCIÓN PRECOZ</b>	Empleada especialmente en modelos clínicos y sanitarios
<b>ATENCIÓN TEMPRANA:</b> modelos psicopedagógicos	Vidal, 1990; Espallarqués y Rueda, 1991; Guralnick, 2001; Aranda, 2005
<b>INTERVENCIÓN TEMPRANA:</b> Término adoptado en los últimos años, aunque la utilización entre éste y el anterior es indistinta.	Gútiez y cols, 1993; ASSIDO, 1993

Fuente: Elaboración propia a partir de Gútiez, Sáenz Rico y Valle, 1993

Como vemos, el **cambio epistemológico es fruto de una evolución conceptual que lleva implícita una evolución metodológica**. El concepto de Atención Temprana supera los modelos de estimulación precoz (con énfasis en la aceleración del proceso normal del desarrollo) y de estimulación temprana (donde se comienza a valorar el contexto del niño). Supone el paso de medidas asistenciales de carácter clínico, rehabilitador, a la adopción de medidas preventivas y acciones que contemplan los aspectos psico-sociales y educativos del desarrollo del niño (Gútiez, 2005).

---

En los inicios de esta disciplina, son varios los autores (Moya, 1978; Gonzáles Mas, 1978; Júdez y Gómez Rodríguez (1979) que utilizan el término de **Estimulación Precoz**, pero cada uno de ellos lo define desde puntos de partida diferentes o desde prismas de actuación diversos.

Será Sánchez Palacios (1978), el que, **por primera vez** inicia, **el término de Estimulación Precoz dentro de un marco científico**, y señala, que para que se produzca un normal desarrollo físico e intelectual, es necesario estimular adecuadamente el organismo durante su periodo de crecimiento.

*"Técnicas educativas y de aprendizaje, para tratamiento de retraso mental, desde que se sospecha su aparición, y que puede empezar en muchos casos desde el mismo momento del nacimiento" (Sánchez, 1978: 70)*

Es el **Dr. Villa Elízaga** (1976), el primero que la incluye en el Servicio de Pediatría de la Clínica de Navarra considerándola como una forma de tratamiento, que se debe aplicar durante los primeros años de vida para potenciar al máximo tanto las posibilidades físicas como las intelectuales del niño.

En estos primeros momentos algunos autores, como Roldán Álvarez (1986), consideran la estimulación precoz como un programa de rehabilitación y encuadran la **Estimulación Precoz dentro de las terapias concretas utilizadas especialmente en el desarrollo psicomotor del niño**.

Posteriormente hay un cambio conceptual y se cambia el término "precoz" por una terminología más precisa "temprana". Será **Lydia Coriat** (1978), precursora de esta disciplina en Argentina, quien proponga e inicie el cambio de la terminología de Estimulación Precoz por la de **Estimulación Temprana**, porque "precoz" le parece evocar un deseo de aceleración en el proceso y considera que el término "temprano" simplemente radica en su pronto comienzo, pero ya se observa la valoración del niño en su conjunto y la inclusión de un elemento imprescindible en este tipo de intervenciones: la familia.

Tenemos distintos autores utilizando el término de Estimulación Temprana: Sánchez García (1987), Sánchez Palacios y Cabrera (1980), Zulueta (1997) que inciden en el carácter sistemático y de seguimiento del proceso y añaden la necesidad de intervención en todas las áreas sensoriales.

Siguiendo con la evolución del término, vemos como en las definiciones, se añaden otros adjetivos como **educativo, incidiendo, a su vez, en la prevención y mejora** no sólo en la terapia en sí misma.

**Definiciones que realzan modelos educativos y globales** destacamos la de Vidal en 1990. En la introducción de su trabajo sobre Atención Temprana, utiliza ambos términos como sinónimos: las definiciones, tienden a ser más globales, más interdisciplinares.

*“el concepto de Estimulación Precoz o Atención Temprana se utiliza para hacer referencia a las técnicas educativas y/o rehabilitadoras que se aplican durante los primeros años de vida a todos aquellos niños que por sus características específicas necesitan un tratamiento o intervención precoz con el fin de evitar que se desarrollen deficiencias o que las ya establecidas perjudiquen en mayor medida la evolución o maduración del desarrollo infantil dañado. Con este término y otros afines (atención precoz, habilitación temprana) nos referimos al tratamiento global y en su caso específico que se da a los niños deficientes o con probabilidad de serlo”* (Vidal, 1990: 14)

El **Instituto Nacional de Servicios Sociales** une los términos de Estimulación Precoz y Atención Temprana en uno solo: **Atención Precoz** y lo define de la siguiente forma:

*“tratamientos específicos que se dan a los niños que desde su nacimiento y durante los primeros años de su vida están afectados de una deficiencia o tengan alto riesgo de sufrirla”* (cit en. Vidal Lucena, 1990:13)

En la misma línea que Vidal (1990), los autores Espallarqués y Rueda (1991), Montulet (1993), Gútiez, Saenz-Rico y Valle (1993) abogan por el término de Atención Temprana. **Inciden en los aspectos preventivos de la intervención, valorando como candidatos a recibirla a niños**, no sólo con minusvalías documentadas, sino **en situaciones de riesgo en cualquiera de sus variantes.**

Con este término, **ya se ven concretados aspectos básicos** que conjuntamente no llegaban a aparecer en ninguna de las definiciones existentes, como por ejemplo: **la familia del niño, el carácter preventivo de la intervención, la sistematicidad y continuidad de la intervención, la inclusión de la población de alto riesgo y la mención de aspectos educativos.**

Las investigaciones en el campo de la Intervención Temprana ponen de manifiesto que, en los primeros meses de vida, no solo es necesario el entrenamiento sensoriomotor, sino que hay que tener muy en cuenta otros aspectos de gran importancia: el ajuste familiar, el apoyo social a la familia, los

---

patrones de interacción, el diseño del ambiente físico del hogar, los aspectos relacionados con la salud del niño... (Peterander, 1989; Blackman, 2003).

Así, se hace un replanteamiento del término Intervención Temprana y se da un giro en la aplicación práctica de los programas. Este replanteamiento se observa en distintos autores como en Shonkoff y Meisels (2000).

En el año 1999 se publica en España la 1ª definición de AT fruto del consenso de profesionales investigadores en el **Grupo de Prevención y Atención al Desarrollo Infantil (PADI)**:

*"conjunto de acciones planificadas, aquellas que reúnen y estructuran los distintos elementos mediante una adecuada definición de objetivos y metas y una sistematización de las actuaciones propuestas, y que hacen uso y disponen de los recursos necesarios para tales fines, tanto públicos como privados"* (PADI, 1999: 88).

**Victoria Soriano** (2000) comparando la Atención Temprana en los países de la Unión Europea, anota lo siguiente:

*"incluye dos aspectos diferentes pero complementarios, de gran importancia desde el punto de vista educativo: la prevención y estimulación que debe realizarse lo antes posible e la vida de un niño, y la intervención o acción educativa y rehabilitadora, que debe ponerse en marcha tan pronto como sea necesaria, en cuanto se detecta un problema, una dificultad o una deficiencia"* (Soriano, 2000: 7)

El **Libro Blanco de la Atención Temprana** (2000), uno de los marcos en esta materia, ofrece la **última definición consensuada**:

*"se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar"* (GAT, 2000:13).

Mientras en España se configura esta definición, en el mundo empiezan a consolidarse concepciones más cercanas a las familias como los autores (Shonkoff y Meisels, 2000; Dunst, 2000, Guralnick, 2001), referencias importantes en nuestro trabajo, ya que incluyen **el papel fundamental realizado por las familias como factor de éxito de la intervención**, "un

*sistema diseñado para apoyar patrones familiares de interacción que mejoren y estimulen el desarrollo evolutivo del niño” (Guralnick, 2001)*

En la línea de estas últimas definiciones, más recientemente la **Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial** ofrece la siguiente definición de Atención Temprana<sup>6</sup>:

*“conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias ofrecidos previa petición en un determinado momento de la vida de un niño, que abarca cualquier acción realizada cuando un niño necesita un apoyo especial para asegurar y mejorar su evolución personal, **reforzar las propias competencias de la familia**, y fomentar la inclusión social de la familia y el niño. Estas acciones deben ofrecerse en el entorno natural del niño, preferentemente cerca de su domicilio, bajo un enfoque de trabajo en equipo multidimensional y orientado a las familias” (Agencia Europea, 2005: 17)*

## **2. 2. Antecedentes en el estudio de la Atención Temprana**

Tras la promulgación de los Derechos del Niño (1959), se sientan las bases legales para combatir las desigualdades en la infancia, lo cual va a contribuir a defender la necesidad de crear nuevas fórmulas educativas y terapéuticas destinadas a la primera infancia con dificultades en el desarrollo o en situación de riesgo social.

Sin duda alguna, los trabajos de Skeels (1938) pueden ser considerados como los pioneros en la historia de la educación temprana. Las obras de Spitz (1945) y Bollwy (1940) con niños, y las de Lorenz y Tinbergen (1938), y Harlow (1958), favorecen la aparición del **Principio de Normalización** expuesto por Mikkelsen (1959) y desarrollado por Nirje (1968) y Wolfensberger (1972), que subraya la necesidad de ofrecer a los deficientes las oportunidades educativas y sociales que lleven a un estilo de vida lo más próximo posible al resto de todos los ciudadanos.

### **2.2.1. Hitos relevantes en el Panorama Internacional**

Los primeros intentos, un poco estructurados, de abordar la problemática del niño en edades tempranas **surgieron en la década de los años 60 en EEUU**, motivados por el hecho, que hemos señalado anteriormente, de empezar a valorar la importancia primordial de los primeros años de vida (Sánchez Asín, 1997).

---

<sup>6</sup> A nivel Internacional prevalece el término de Intervención Temprana



Surge el movimiento denominado *Higiene Mental* en EEUU, que afirma la necesidad de desarrollar programas educativos destinados a la infancia temprana (Vidal y Rubio, 2007)

**En EEUU los programas de estimulación precoz se diseñaron para atender a niños que crecían en condiciones de pobreza.** Pocos años después, muchos de los objetivos de la educación compensatoria se utilizaron para el diseño de programas de niños con deficiencias. Finalmente, en 1986 en EEUU se reguló la intervención temprana, mediante la promulgación de la Ley 99/457 que planteó los derechos de la familia que se especificarían en el plan de servicios del programa de Atención Temprana (Sánchez Asín, 1993)

Aparece el que se considera **primer programa sistematizado de estimulación temprana del niño con privación sociocultural o con alguna deficiencia en la edad escolar, el "Headstart"**<sup>7</sup> (Westinghouse Learning Corporation's Assesment of Head Start, 1969), desarrollado en EEUU, aprobado por el gobierno y cuyo objetivo prioritario era combatir la pobreza.

Pasamos a señalar aquellas experiencias y naciones que más han influido en el origen y desarrollo de esta técnica:

**Tabla 2: Países donde se inicia la AT**

<b>EEUU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la Dra. Dimitriev inició la Intervención Temprana con su metodología basada en el condicionamiento operante de Skinner, moviéndose bajo la idea del desarrollo secuencial.</li> <li>- la Dr. <b>M.J. Hanson</b> en Oregón, con su <b>aportación en el área del trabajo con familias</b>, elaborando una guía para padres con niños con Síndrome de Down.</li> <li>- Otros autores: la Dra. Newconbe, en California: Birch en N.York</li> </ul>
<b>URUGUAY</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la profesora <b>Eloísa García Etchegoyhen</b>, la cual da una enorme importancia <b>a la relación madre-hijo dentro del contexto familiar natural</b>. Sus postulados siguen las teorías de Piaget.</li> <li>- Su mayor aportación ha sido <b>concebir la Atención Temprana como un proyecto educativo</b> desde sus comienzos. En 1963 crea la 1ª clínica oficial de diagnóstico, orientación y ayuda en el hogar para niños preescolares con retardo mental, orientando sus funciones en la línea del diagnóstico, información, orientación individual y familiar, evaluación</li> </ul>
<b>ARGENTINA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-la Dra. <b>Lydia Coriat</b>, encargada de introducir un <b>modelo neuropsicológico con el que poder valorar la maduración normal y la desviación de la normalidad</b> en lactantes de alto riesgo, basando su modelo en la psicología evolutiva y en las teorías del desarrollo de Gessell</li> </ul>

<sup>7</sup> *Headstart*. Este programa pretende preparar a los niños desfavorecidos, lo antes posible, para que puedan tener éxito en la escuela. Este programa está financiado por el Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos. En él participa, la educación ordinaria y la especial, los servicios sanitarios, sociales y los padres

<p><b>EUROPA</b></p>	<p>- <b>Aparecen los servicios de estimulación precoz o diagnóstico precoz, desde los servicios de pediatría y rehabilitación neurológica.</b> Los servicios de intervención temprana existentes en los distintos países europeos se van a ir estableciendo sobre la bases de una serie de disposiciones legales relativas a la educación, sanidad o servicios sociales.</p> <p>- <b>HUNGRÍA:</b> el profesor Katona(1981) y su equipo, acuñaron el término de Neurohabilitación Precoz. Basan su método en los postulados de Luria. Es importante destacar la incorporación que este método realiza de la familia, como principal agente para realizar la neurohabilitación, debidamente entrenados por el especialista. La gran innovación de la escuela Húngara radicará en el planteamiento precoz de la intervención que para esta escuela debe tener lugar durante los primeros meses de vida.</p> <p>- <b>SUECIA:</b>, con la figura de Steen, fisioterapeuta que participó en varios programas educativos con niños minusválidos; Mira Stanback (1978) con sus investigaciones en el área de la psicomotricidad</p> <p>- <b>FRANCIA: Brunet, O y Lézine</b>(1978), aportan una <b>nueva escala de valoración del desarrollo madurativo del niño</b>, la cual sigue estando vigente en nuestros días, también destacar los estudios que sobre población de bajo peso realizan ambos autores.</p> <p>- <b>INGLATERRA</b>, los <b>Bobath</b> (1989) creadores de un <b>método de fisioterapia</b>, que se puede aplicar en la actualidad a niños de 0 a 6 años, enfoque integrador el cual está basado en el aprendizaje activo. La atención al niño con necesidades educativas especiales se facilita en este país mediante los servicios: educación, servicios sociales y sanidad</p>
----------------------	--

Fuente: elaboración propia a partir de Sansalvador (1998:19)

### 2. 2. 1. Proceso de recepción en España

Se puede hablar de Atención Temprana como **práctica intencionada en España en la segunda mitad del s.XX** (Casado, 2005). **Las primeras vías de recepción** de los planteamientos de la Atención Temprana **provinieron del interés de algunos profesionales** y, también, de los **movimientos asociacionistas de padres de niños afectados**; ambos canales a remolque de los ámbitos jurídico y administrativo.

Distintos autores, Candel (2003), Casado(2005)..., señalan que es el **movimiento asociativo uno de los precursores del nacimiento de esta disciplina:**

*"en una primera etapa, las asociaciones de padres de niños con limitaciones intelectuales se preocuparon sobre todo de la educación de los mismos a partir de su edad escolar (6 años). La oferta pública de la función educativa, salvo algún centro singular, no les daba entrada y la oferta privada era escasa. Como queda señalado, la Ley General de Educación de 1970 vino a salvar esta grave laguna, aunque se tardaría algún tiempo en implementar su aplicación".* (Casado, 2005: 4)

La presencia de profesores sudamericanos (Coriat, Etchegoyhen) permite comenzar a realizarse cursos de formación en estimulación precoz para niños de 0-5 años entre los años 1973- 1975. El inicio de estos primeros cursos marca, sin

---

duda, el inicio de la implantación de los futuros servicios de estimulación. Concretamente, se puso en marcha la *primera Unidad de Estimulación Precoz de España, en la Maternidad de Santa Cristina de Madrid* (1975), ya que implantó las primeras unidades de estimulación (Casado, 2005)

Las **primeras unidades se establecen en el contexto de los departamentos de Pediatría**, siendo uno de los pioneros Villa Elízaga y cols (1979), al fundar la primera Unidad Pediátrica de Estimulación Precoz (en la Clínica de la Universidad de Navarra), dirigida especialmente a fomentar el desarrollo del niño con handicaps, mediante su estimulación desde el nacimiento hasta los dos años.

Bajo distintas experiencias, se aglutinaron los primeros modelos de Intervención Temprana que se venían desarrollando en España. Desde sus inicios se conectan con el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Psíquicos y Físicos (SEREM)<sup>8</sup>, uno de los precedentes inmediatos del actual INSERSO. Es a partir de 1977 cuando se impulsan subvenciones a las iniciativas privadas sin ánimo de lucro para crear servicios de estimulación precoz, muchos de los cuales fueron creados por las familias (Alonso, 1997).

Otra acción: el SEREM, pasó a ser el INSERSO en 1979. Su contribución fue la creación de nueve servicios piloto de Estimulación Precoz en los Centros Base de varias provincias. A partir de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI, 1982) las unidades de estimulación precoz quedan integradas en los Centros Base (Alonso, 1997).

Es a partir de este momento cuando se considera que se inicia el proceso de consolidación de los servicios de estimulación precoz (Millá, 2005).

La estructura administrativa propia de España marcará la evolución de estas primeras experiencias en el marco de la Atención Temprana, haciendo que confluyan los diferentes servicios relacionados con la infancia: ámbito sanitario, social y educativo. Esta particular situación conlleva ciertas dificultades como son el carácter marcadamente diferencial de sus prácticas; sus problemas de coordinación entre servicios, lo que plantea dificultades como la continuidad de tratamientos, la información, etc...

---

<sup>8</sup> SEREM: comenzará a dar cobertura a la población infantil a partir del Decreto 731/1974, de 31 de Marzo, por el que se fusionan los Servicios Comunes de la Seguridad Social de Asistencia a los Subnormales y de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos

El Real Patronato de Educación Especial se crea en 1976 y se encarga de la elaboración y confección del Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad (1978). Será un organismo que contribuya a impulsar y difundir la técnica de Intervención Temprana.

El hecho de que esta actividad se desarrolle y fundamente desde diferentes disciplinas, provoca que se inicie un acercamiento entre los profesionales que llevan a cabo los programas (Candel, 1997). Aparecen grupos de estudios entre dichos profesionales, *Grupo de Estudios Neonatológicos* de la Comunidad de Madrid (Grupo GENMA, 1991, GENYSI) (Casado, 2005). Todos los encuentros entre los profesionales de los distintos sectores implicados en la Atención Temprana van permitiendo alcanzar un mayor grado de cohesión entre metodologías, población que hay que atender..., y es a partir de 1995 cuando se crea el denominado *Grupo de Atención Temprana* (GAT) que realiza el Libro Blanco de la Atención Temprana (2000).

Dentro de la Comunidad de Madrid la creación del ***Instituto Madrileño de Atención a la Infancia (IMAIN, 1997)*** supone **una nueva organización territorial de la Atención Temprana dentro de esta Comunidad Autónoma**

En este periodo aproximado de 30 años el progreso de la primera atención, tanto en la teoría como en la práctica, es evidente y satisfactoria en muchos aspectos. Entre los **avances de la Atención Temprana** ocupan un lugar destacado los hechos siguientes, señalados por Giné (2006):

- *La creación progresiva de una amplia red de servicios.*
- *El interés y el compromiso para la formación por parte de un amplio sector de profesionales.*
- *La mejora de la calidad de la atención que ha comportado mejores condiciones para el desarrollo y bienestar de los niños y sus familias.*

Entre las **limitaciones**, también señaladas por Giné (2006), se encuentran:

- *Insuficiente cobertura de los servicios en ocasiones.*
- *La fragmentación de la oferta.*
- *Las dificultades de coordinación*
- *La ausencia de un modelo compartido que permita resolver las dudas sobre la idoneidad de las decisiones relativas a la intervención en determinados casos.*

**Se da un paso adelante en la consolidación de la Atención Temprana en nuestro país** con el **Libro Blanco de la Atención Temprana** (2000), llevado a cabo por el Grupo de Atención Temprana (GAT), se llegaba a un consenso científico interdisciplinar de las diversas especialidades que confluyen en este campo, con la representación de las diferentes Comunidades Autónomas y de los diferentes sectores que inciden en el campo de la prevención, marcando así un hito histórico sin precedentes.

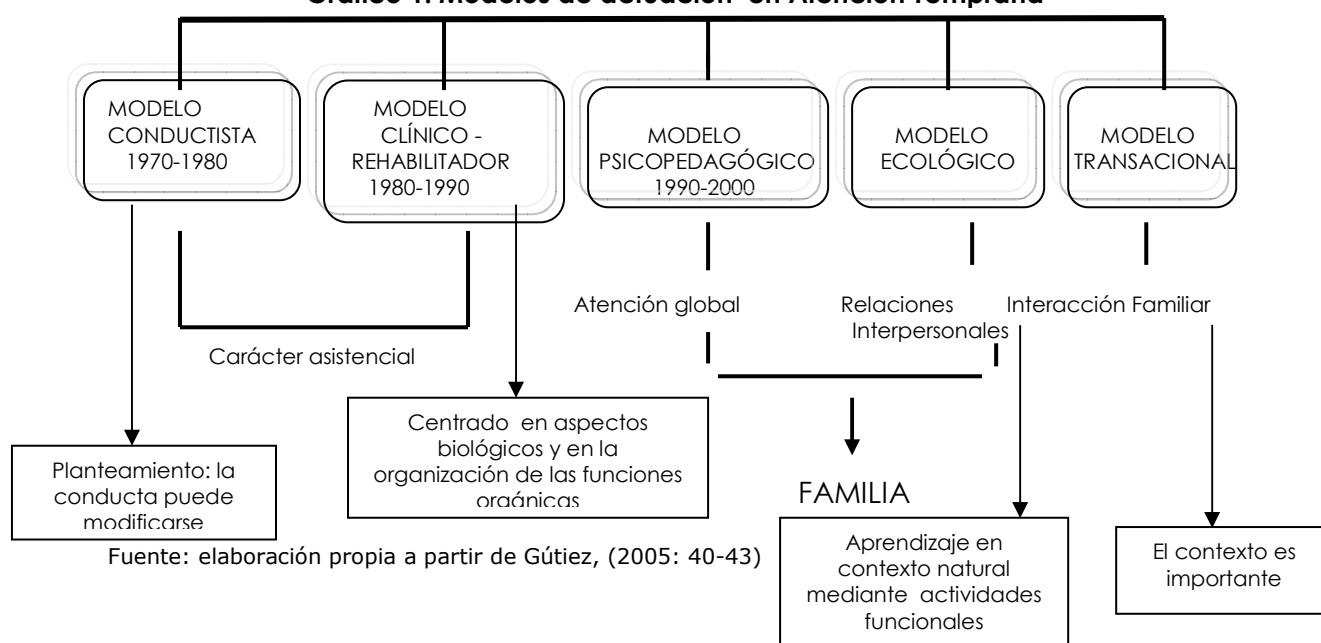
Este documento se constituye como instrumento riguroso e indispensable en la Atención Temprana y se marca como referencia para las administraciones públicas, los profesionales y las familias.

### 2. 2.3. Modelos de actuación: aportaciones

El conocimiento de los modelos teóricos, que están en la base de programas y técnicas de Intervención Temprana, es de especial relevancia, dado que, según el modelo teórico del que partamos se derivará un concepto de Intervención Temprana y un tipo determinado de programas y técnicas de intervención (Vidal, 2007).

En los inicios de la disciplina se centra la actividad en la atención de la población infantil con discapacidad, las primeras intervenciones se realizaban a través de los servicios sanitarios, para más tarde unirse a estas actuaciones, los servicios sociales y educativos, para conformar un modelo de atención preventivo a la primera infancia.

**Gráfico 1: Modelos de actuación en Atención Temprana**



Gútiez (2005) señala como modelo inicial de la actividad en Atención Temprana, el **Modelo Conductista**. En este modelo, buscan la explicación de la conducta a partir de factores internos al propio sujeto. Se basan en los trabajos de Watson (1920) y Skinner (1953) y tienen hasta los años sesenta su pleno apogeo.

Desde este planteamiento, **la conducta puede modificarse con la aplicación de los principios de psicología del aprendizaje**. La evaluación se basa en datos exactos y objetivos representados de forma cuantitativa, ponen de manifiesto el carácter medible, evaluable de la conducta. La evaluación e intervención están interrelacionadas y se valora la eficacia de la intervención en función de los cambios en la conducta y su permanencia. Este modelo dio lugar a la aparición de escalas basadas en criterios no establecidos previamente en la norma (Gútiez, 2005).

Si la década de los sesenta-ochenta se caracteriza por la sensibilidad social hacia los niños que presentan algún tipo de discapacidad en su desarrollo, después van a ir surgiendo nuevos modelos teóricos de intervención en Atención Temprana.

Vemos un nuevo modelo teórico de intervención en Atención Temprana, en este caso, está basado en la patología, y la actuación es fundamentalmente terapéutica, es un **Modelo Clínico-Rehabilitador** (Gútiez, 2005), que se potencia desde el ámbito médico. **Surge dentro del Sistema Sanitario, concretamente en servicios de rehabilitación, pediatría y maternidades.**

*"Es un modelo muy condicionado por su ubicación en el hospital. Esto le permite una buena conexión con los servicios de detección (neonatología y pediatría, rehabilitación...) y con otros servicios del hospital a efectos de diagnósticos clínicos y orgánicos del niño. Hay dificultades en la detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de origen social. Básicamente a los niños a los que se ha venido atendiendo bajo este modelo son los denominados como "alto riesgo" orgánico (...)" (Gútiez, 2005: 41).*

Se inician programas desde el mismo momento del nacimiento y van asociados a los centros sanitarios. La Atención Temprana se dirige a establecer, potenciar o evitar el deterioro del tono y equilibrio postural, motricidad gruesa y fina o, en menor medida, el lenguaje. Emplean básicamente técnicas de fisioterapia, lo cual no favorece la rehabilitación global. Este modelo favoreció la clasificación y el

---

etiquetaje de los sujetos. **La atención, que se ofrecía, estaba centrada en el niño.**

Un tercer modelo teórico, utilizado en España por el INSERSO, es el **Modelo Psicopedagógico** ((Gútiez, 2005). Se diseñó a partir de modelos ya experimentados y como reacción a las insuficiencias que se consideraba tenía el modelo clínico. Se dispuso desde el principio de equipos multidisciplinares y se inician, en este momento, los equipos de Atención Temprana.

Este modelo pretendía ofrecer una **atención global, que atendiese simultáneamente al niño, a la familia y a la comunidad.** Sus servicios eran los siguientes: información, detección, diagnóstico, orientación, tratamientos psicopedagógicos y rehabilitadores, apoyo y asesoramiento a padres así como apoyo y asistencia técnica a los centros de educación infantil. Estos servicios se facilitaban en sesiones ambulatorias y a veces domiciliarias (con diferente periodicidad).

**Los tratamientos de la Atención temprana son** en este caso, **en parte rehabilitación y psicopedagogía.** Tratan de abordar al sujeto en toda su complejidad, trabajando en las cuatro áreas del desarrollo: motricidad, desarrollo cognitivo, lenguaje y desarrollo afectivo y social. Hay una práctica interdisciplinar aunada a través de un único profesional, el *técnico en estimulación (facilitador)* (García Etchegoyen, 1987).

El enfoque teórico de este modelo es el de lograr una atención global y continua del niño, que precisa de un ambiente familiar enriquecedor. **La atención a los padres se considera imprescindible,** se entiende que son los principales protagonistas en el desarrollo de su hijo y potencialmente los estimuladores más eficaces. Se les ofrece formación y supervisión sobre el cuidado y la crianza del niño, desarrollo psicológico, forma de tratarle, apoyo psicológico para reforzar su autoestima y su seguridad.

Sin desdeñar, en absoluto, las aportaciones de los modelos tradicionales, basados fundamentalmente en criterios conductuales, que han inspirado los programas de Atención Temprana hasta los años 80, parece que la aplicación de esos **modelos tradicionales ha quedado obsoleta** (también por la consideración de variables que inciden en la actividad y que no se cubren con un modelo conductista centrado solo en el niño) **y hay que recurrir a otros modelos que reflejan mejor la situación actual** (Vidal, 2007).

Nuevos modelos teóricos, señalados por Gútiez (2005): **Modelo Ecológico, Modelo Interactivo y Modelo Transaccional** van a tener implicaciones importantes en la Intervención en Atención Temprana, especialmente a la hora de identificar objetivos y estrategias de intervención. Algunos de ellos, tienen en común que contemplan el desarrollo humano como un proceso transaccional y han sido ampliamente aplicados a niños deficientes o de alto riesgo.

Todos estos modelos de actuación, que tienen unas características claramente diferenciadas, constituyen elementos de apoyo al trabajo que se realiza en Atención Temprana, **pero ninguno es suficientemente completo como para resolver todos los problemas que plantea esta actividad.**

**Tabla 3: Otros Modelos de actuación en Atención Temprana**

<p><b>Modelo Ecológico</b> (Bronfenbrenner, 1987)</p>	<p>Cambios en los enfoques de los profesionales encargados de la prevención e intervención en Atención Temprana, favorece un <b>modelo de atención más amplio y flexible</b>, tanto en el modo de analizar los problemas como en la forma en que se organiza y articula la intervención.</p> <p>Resalta la importancia de estudiar el desarrollo en el contexto.</p> <p><b>Intervención:</b> considera, no solo las necesidades del niño y su familia, sino también al entorno. Intervención en el entorno natural del niño, va a ser importante para conseguir el principio de normalización y su integración. Necesidad de <b>evaluar</b> al sujeto en su contexto natural, el contexto mismo y las intervenciones programadas.</p>
<p><b>Modelo Interactivo</b> Feuerstein (1980)</p>	<p>Defiende: interaccionismo social y entrenamiento cognitivo, y desarrolla programas de mejora de la inteligencia.</p> <p><b>Programas:</b> se presentan como una estrategia para el re-desarrollo de la estructura cognitiva, cuyo objetivo es mejorar, de forma directa aquellos procesos que, a causa de su aparente ausencia o inconsistencia, son responsables de la inadecuada ejecución intelectual al margen de su origen y etiología.</p> <p><b>Característica esencial:</b> no está dirigido a remediar conductas o habilidades específicas, sino a cambios de naturaleza estructural que alteren el curso y la dirección del desarrollo.</p> <p>Convicción de que todas las personas, sobre todo los niños, tienen una capacidad para pensar y aprender, y mayor inteligencia que la que normalmente muestran en una conducta inteligente. Se considera que, sin tener en cuenta los estados o períodos críticos del desarrollo, el individuo es modificable a lo largo de toda su vida.</p> <p><b>Evaluación:</b> no etiquetar al individuo, sino revelar su potencial e identificar los procesos deficientes que han impedido su desarrollo. El tratamiento será dirigido a la corrección de las deficiencias, como resultado, el sujeto cambiará el curso previsto de su desarrollo.</p>



<p><b>Modelo Transaccional Samerhoff (1975)</b></p>	<p><b>Énfasis en los efectos del niño y del medio ambiente</b>, las experiencias proporcionadas por el medio no son contempladas como independientes del niño.</p> <p><b>Niño como principal agente de su desarrollo</b>, cambio al modelo educativo, atención unida a la primera evaluación diagnóstica, protagonismo de la familia...) que suponen un <b>cambio tanto en el ámbito de actuación como en el tipo de actuaciones y profesionales a intervenir</b>, y establece un carácter dinámico a la actividad, que se perfila como un modelo de atención a la primera infancia que requiere una alta cualificación y un trabajo interdisciplinar o transdisciplinar. <b>Importancia de la díada padres-niño</b>, se configura como objetivo de la intervención. Considera que los niños aprenden y se desarrollan mediante intercambios positivos y recíprocos con su ambiente y, de forma más intensa, con sus padres o figuras de crianza. Considera a estas figuras como las más importantes en el ambiente del niño. Los niños, a través de las interacciones que establecen con sus padres, están contribuyendo de una forma activa a moldear sus propios entornos de desarrollo (Lerner, 1982). Por eso los programas de intervención no pueden tener éxito si los cambios se plantean sólo al niño en concreto.</p>
---	---

Fuente: elaboración propia a partir de Gútiez (2005: 44-46)

Consideramos que lo más innovador está en el modelo transaccional, ya que este modelo plantea la importancia por igual a los efectos del niño y el ambiente para que **las experiencias que provienen del contexto no se vean como independientes de los sujetos**.

Así mismo consideramos que, desde estos nuevos modelos de actuación, se reconsidera la Atención Temprana y se empiezan a incluir elementos que sientan unas nuevas bases:

- Un marco de trabajo basado en identificar los factores socio-ambientales que influyen en el niño, los padres y el funcionamiento de la familia.
- Un paradigma que cambia el concepto de "cómo intervenir".
- Los principios para guiar al profesional sobre cómo debería tratar y trabajar con las familias.

La Intervención Temprana supone un nuevo enfoque más global, riguroso y sistemático en el que engloban avances científicos recientes, desde las distintas disciplinas y que, por primera vez, se van a plantear las necesidades y problemas de los niños pequeños, desde un encuadre educativo y no desde el meramente asistencial (Gútiez, Valle, Saenz-Rico, 1993)

García Martín (1987) señala que el modelo más eficaz para llevar a la práctica la Atención Temprana será el que desarrolle los siguientes principios:

- La atención total y simultánea de las necesidades y problemas que presenten padres e hijos afectados, va a ser imprescindible para lograr los objetivos planteados.
- Los ámbitos prioritarios de actuación de un Servicio de Atención Temprana han de ser los ambientes naturales del niño (hogar, escuela infantil...), las situaciones y actividades cotidianas (condiciones de vida y convivencia, rutinas diarias, juegos...).
- Las habituales relaciones interpersonales (relación madre-hijo, relaciones fraternales, entre amigos, educador-niño).
- La misión de estos servicios será la de profundizar junto con la familia en las necesidades y problemáticas del niño y servirles de apoyo y asesoramiento.

Coincidimos con García Martín, aunque actualmente en Atención Temprana es necesario proporcionar y movilizar más recursos y apoyos, para que los profesionales puedan desarrollar esos principios y se consiga ese modelo más eficaz en la práctica de la Atención Temprana.

El Libro Blanco incluye varias referencias sobre cómo el niño y la familia están inmersos en los diversos grupos y sistemas sociales, los cuales tienen la intención de ayudar tanto a los padres como a sus hijos a aprender y desarrollarse

*“en Atención Temprana se ha de considerar al niño en su globalidad, teniendo en cuenta los aspectos intrapersonales, biológicos, psico-sociales y educativos, propios de cada individuo, y los interpersonales, relacionados con su propio entorno, familia, escuela, cultura y contexto social” (GAT, 2000: 15)*

Partiendo de las aportaciones de los modelos anteriores, el modelo sobre el que se basan los programas de Atención Temprana en la actualidad, resaltan la importancia de las interacciones sociocomunicativas entre el niño y sus padres (modelo ecológico). Se plantea el aprendizaje, dentro de un contexto natural mediante actividades funcionales con un gran significado para el niño, que formen parte de sus rutinas diarias y además se insiste en la importancia de las interacciones niño-medio ambiente con el fin de conseguir buenos niveles de conducta adaptativa ( modelo interactivo) .

## **2. 3. Panorama actual de la A T en Europa y EEUU**

El campo de la Atención Temprana se considera un área importante de investigación y de estudio en Europa. Fue una de las áreas monográficas

---

analizadas dentro del marco del *Programa de Acción Comunitario Helios II* (1993-1996), en el que se pusieron de manifiesto importantes reflexiones tanto de las perspectivas educativas como de las rehabilitadoras. Los resultados de ambos sectores también fueron la base del documento publicado por la Agencia Europea para el *Desarrollo de la Educación Especial* (1998) que reflejaba las últimas tendencias en varios países europeos. Estos documentos conjuntamente con el manifiesto Eurllyaid –Asociación Europea de Intervención Temprana- (1991) y otras publicaciones relevantes, ofrecen una buena perspectiva de la evolución de este tema desde el punto de vista teórico, político y práctico.

La Agencia Europea (1999), realiza un estudio sobre la *"Intervención Temprana en Europa"*, donde se describe cómo abordan distintos países la intervención temprana, así como las acciones, servicios y ayudas que giran en torno a ésta.

Otro informe realizado por la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial <sup>9</sup>(2003-2004) analiza aspectos claves de la AT y ofrece recomendaciones dirigidas a los profesionales que trabajan en este campo para la reflexión y mejora del trabajo.

Se recogen datos estadísticos de los quince Estados miembros de la UE, además de Noruega e Islandia y pudo observarse que el **número de estudiantes** alcanza la cifra de **42 millones** de los cuales **algo más de 10 millones pertenecen a educación infantil**.

Respecto al número de niños con necesidades especiales en los diferentes países, si se considera exclusivamente los niños con dificultades físicas, sensoriales o mentales, las estimaciones son aproximadamente de un 2%. Este porcentaje aumenta cuando se incluyen niños con dificultades de orden familiar, social o educativo.

Existen diferencias entre los distintos países que se reflejan en los principios y objetivos que guían la atención temprana, aunque también intervienen diferencias dependientes de las características sociales, económicas y culturales de los países.

Con relación al **tipo de población** al que se dirigen los equipos o servicios de AT, cada vez se hace más hincapié en la población "de riesgo", hay un número cada vez mayor de niños con problemas psicológicos y socio-emocionales. Sin embargo, ser considerado de "riesgo" no es suficiente para recibir los apoyos de

---

<sup>9</sup><http://www.european-agency.org/eci/eci.html>

la AT, es necesario que un problema esté diagnosticado para recibir los apoyos de la AT.

Refiriéndonos al **marco de la Educación Infantil**, se señala como, en algunos países los niños se integran en el sistema educativo a los tres o cuatro años, sin embargo, en otros países esta edad es menor (Soriano, 2000). En *Islandia*, por ejemplo, los niños pueden integrarse con un año de edad. Por el contrario, en *Alemania, Austria, Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia* los niños son admitidos a partir de los seis años de edad.

En países como *Alemania, España, Holanda, Inglaterra, Islandia, Noruega o Suecia*, los niños con necesidades educativas especiales tiene acceso prioritario en los centros pre-escolares. En aquellos países en los que la enseñanza obligatoria comienza a los 5 o 6 años, los niños/as con necesidades educativas especiales pueden asistir a partir de los 2 años y medio o tres. **En la mayoría de los países, se oferta Atención Temprana al niño desde su nacimiento hasta la edad de tres años** y en otros se realiza un seguimiento hasta los seis años en estrecha colaboración con el sistema educativo.

Los **padres**, en los diferentes países, **tienen derecho a escoger para sus hijos el centro** que les parece más adecuado por razones geográficas o educativas. En la práctica, tal elección se ve limitada por la disponibilidad real de plazas o recursos necesarios para responder a las necesidades del niño. En países como *Alemania, España, Holanda, Inglaterra, Islandia, Noruega o Suecia*, los niños con necesidades educativas especiales tienen acceso prioritario en los centros pre-escolares.

En general, **destaca la importancia del acceso a la escolarización**. Los países en los que los niños acceden a la escuela a muy corta edad existen medidas de apoyo específicas en estos centros, tanto para los niños como para los docentes. Antes de entrar en la escuela primaria los niños pueden asistir a varios tipos de instituciones públicas o privadas, éstas pueden admitir a los niños desde su nacimiento (como en *Grecia y Noruega*), o partir de los tres meses de edad en la mayoría del resto de países. La población infantil puede permanecer en estos centros hasta acceder a la escuela primaria (*España*) (Soriano, 2000).

En todos los países, destaca la importancia de prestar una ayuda especializada y la precocidad de la asistencia (Agencia Europea, 2003).

En los países Europeos, **los servicios responsables de la intervención temprana varían considerablemente, ya que dependen de diferentes**

---

**ministerios.** Entre las distintas autoridades con responsabilidades organizativas o de administración de estos servicios encontramos: servicios sociales, sanidad, educación y autoridades locales. También nos podemos encontrar con que los servicios públicos de carácter regional o local y los servicios privados funcionan simultáneamente (Soriano, 2000). Esta diversidad, que al principio supone una ventaja para el niño y su familia, también puede representar un riesgo de dispersión y de confusión para los padres. Por esta razón la coordinación se ha convertido en una práctica habitual en algunos países con el fin de racionalizar los esfuerzos y las tareas que hay que emprender.

A diferencia de los EEUU, **en Europa aparece en el ámbito sanitario y no en el ámbito social y educativo.** Los servicios de Atención Temprana, con los distintos nombres que adoptan en los países donde se van implantando, tiene desde su origen estas dos vertientes: sanitaria y educativa. Entre los servicios responsables de intervención temprana, los que dependen de sanidad o servicios sociales son los más comunes. En *Dinamarca, Islandia, Luxemburgo, Noruega y Suecia* es muy común que la asistencia se realice en el domicilio, especialmente en el caso de los bebés.

Todos los países muestran cierta **semejanza respecto a la categoría de profesionales**, abarcan diferentes sectores: médico, educativo y social.

En los países europeos, el **trabajo con la familia** constituye una cuestión fundamental que cubre aspectos como la información, orientación y asesoramiento, la asistencia y la formación. En los *países nórdicos* y en países como *Inglaterra u Holanda*, la tendencia es la de apoyar al niño a través de las familias, el trabajo directo se limita al máximo y se privilegia el refuerzo y el trabajo conjunto con la familia como única garantía de éxito de cualquier programa de intervención.

A pesar de la importancia que se atribuye a la **participación de los padres** en el proceso de intervención, todavía con frecuencia **se les considera como colaboradores pasivos.** En varios países se sugiere que se lleve a cabo alguna formación, pero su organización y funcionamiento se hace de formas muy diversas y no siempre se considera prioritario. En *Luxemburgo*, no se programa ningún curso para los padres, pero pueden asistir a cursos organizados para profesionales.

La escasa formación que se realiza tiene como objetivo a los padres y menos frecuentemente a otros miembros de la familia, aunque éstos expresan cada vez más deseos de participar.

Un país que hay que estudiar como modelo por su larga experiencia en la Atención Temprana es, Estados Unidos.

En **Estados Unidos**, según la Organización NICKY, se da seguimiento a los niños de cero a dos años por medio de intervención temprana y de tres en adelante a través de servicios proporcionados por el medio escolar (Agencia Europea 2003)

El estado es responsable de las necesidades de los niños con discapacidad bajo la ley federal IDEA <sup>10</sup> (*Individuals with Disabilities Education Act* o *Acta para la Educación de Individuos con Discapacidades*), aprobada en 1990 y reformulada en 1997. Se plantea para atender a la población infantil y juvenil (desde 0 a 21 años) con discapacidad. Lo particular, moderno y positivo de esta legislación es que entiende que la atención integral para estos niños debe abordarse desde el entorno educativo.

IDEA está dividida en tres programas para así atender desde la primera infancia hasta la transición al empleo, *Parte C* para población de 0 a 2 años cuyos servicios se denominan de **intervención temprana** y *Parte B* que atiende a la población de 3 a 21 años, denominada **educación especial**.

Además de los recursos propiamente educativos, IDEA prevé toda una serie de servicios relacionados, cuya gestión, coordinación y financiación dependen de la administración educativa a través del presupuesto fijado por la ley (más otros servicios públicos y las aseguradoras médicas). Estos servicios son los siguientes: servicio de patología del habla-lenguaje; psicológicos; terapia física y ocupacional; identificación temprana y evaluación de discapacidades en los niños; servicios de asesoramiento; orientación y movilidad; servicios médicos para propósitos de diagnóstico o evaluación; servicios escolares de salud; servicios de trabajo social en las escuelas; asesoramiento y educación para los padres; y transporte.

La Ley determina también que, siempre que sea posible, los apoyos se darán en las escuelas, en los ambientes naturales del aula, pero atendiendo a las necesidades del niño, estos servicios pueden darse en las clases regulares, en clases de educación especial, en una sala de terapia, en el hogar o en una institución de la comunidad. Se trata de una labor de equipo, por lo tanto un profesional asume la coordinación entre el equipo escolar, los servicios relacionados y el distrito escolar.

---

<sup>10</sup> <http://www.nichcy.org/pubs/spanish/lg1stxt.htm>

---

En el año 2003, en EEUU se aprobó una nueva ley que en cierta medida completa la IDEA, *No Child Left Behind (Que Ningún Niño se quede Atrás)* <sup>11</sup>. Esta ley presta apoyo al aprendizaje en los primeros años de la niñez, está más encaminada a prevenir y detectar tempranamente las dificultades de aprendizaje y el fracaso escolar, pero con base en la necesidad de fomentar los procesos tempranos de lecto-escritura.

### **2.3.1. Planes e iniciativas que impulsan la AT en Europa:**

- **Manifiesto del Grupo Eurllyaid** (Elsenborn, Bélgica 1991): expresa la necesidad de prevención y ayuda precoz en niños con trastornos en el desarrollo. Se plantea un centro de información y documentación en la Comunidad Europea para centralizar y difundir los conocimientos y experiencias.

- **Guía Europea de la Buena Práctica, Hacia la Igualdad de Oportunidades de las personas con discapacidad. Helios II** (1994-1996): establece los principios de buena práctica en materia de integración educativa. Se publica el documento *"Intervención Temprana: información, orientación y guía de las familias"*.

- **El Plan de Acción Europeo 2008-2009** (Resolución del Consejo de la UE del 17 de marzo de 2008) se concibe con el fin de garantizar los derechos de los discapacitados en la sociedad europea y dar respuesta a sus necesidades. Se reitera la necesidad de estadísticas sobre discapacidad y se incita a establecer medidas de prevención y para la no discriminación.

- **El Programa Daphne**, puesto en marcha en 1997 por la UE se encuentra actualmente en periodo de implementación (2007-2013). Es un programa dirigido a prevenir y combatir la violencia ejercida sobre los niños, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo o vulnerables y a discapacitados.

- **El Proyecto MHADIE** (Measuring Health and Disability in Europe: supporting policy development), financiado por el VI Programa Marco de la UE, analiza el impacto de la discapacidad asociada a enfermedad y realiza investigaciones que fundamenten recomendaciones y guías que impulsen propuestas de políticas de atención sociosanitarias, estándares y estadísticas válidas.

---

<sup>11</sup> Para obtener una guía para los padres se puede consultar la siguiente dirección de Internet <http://www.ed.gov/parents/academic/involve/nclbguide/parentsguide.html>

- **Iniciativa Europea (2007-2010) para la Inclusión Digital:** dentro del marco Europeo una importante línea de trabajo es favorecer la accesibilidad y la inclusión digital también para discapacitados, en aras de promover su autonomía y mejorar su calidad de vida.
- **Plan de Acción del Consejo Europa (2006-2015):** tiene por objeto mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa y eliminar obstáculos a la integración, sea psicológicos, educativos, familiares, culturales, sociales, profesionales, financieros o arquitectónicos.
- **El Grupo Eurllyaid:** es un grupo de trabajo constituido en 1988 y formado por profesionales y asociaciones de padres involucrados en la AT cuyo objetivo es facilitar el intercambio de información, experiencias y conocimientos a nivel multinacional y multiprofesional y unificar una política de actuación europea común en AT. Fruto de ello es el *Manifiesto del Grupo Eurllyaid* (1991).

### **3. BASES CIENTÍFICAS DE LA ATENCIÓN TEMPRANA**

Los fundamentos técnicos que apoyan la necesidad de una Intervención temprana, aparecen íntimamente relacionados a la constatación de la importancia que tienen los primeros años para los niños, y el papel que desempeñan los factores ambientales en este desarrollo, ya que ejercen una influencia sobre la capacitación del niño durante sus primeros años (Mulas, 2005).

Surge en sus orígenes de la evidencia de que, a través de la generación de un ambiente rico en estímulos de diverso tipo, podemos intervenir positivamente en la adquisición de funciones o capacidades que se han visto mermadas por problemas acaecidos a lo largo del desarrollo o en la maduración de las mismas (Mulas y Millá, 2002).

Los primeros estudios sobre la capacidad de recuperación funcional del cerebro infantil (Campos, J. 1976; Conger, 1977; Murphy y Kovac, 1972) trajeron el convencimiento de que, con determinadas intervenciones, los niños con discapacidad eran susceptibles de mejora. Del mismo modo, comienzan a concebirse como personas potencialmente “educables”.

A partir de aquí, surgieron investigaciones que confirmaban cómo la estimulación de niños con alteraciones en el desarrollo, así como niños criados en ambientes derivados (como las instituciones), podían modificar significativamente su pronóstico y evitar un peor desarrollo posterior. Por otro lado, se comprueba la



---

existencia de una relación entre el desarrollo del niño y variables como las características de los padres en cuanto a respuestas a las iniciativas comunicativas de sus hijos (Gútiez, 2005).

Por todo ello, se considera que **la Atención Temprana se nutre de diferentes disciplinas científicas**, como son: la medicina, psicología, pedagogía..., por eso posee unas bases que la fundamentan de tipo multidisciplinar, que comprenden áreas tanto de la neurología, como de la psicología del desarrollo, la pedagogía, así como unas bases experimentales (Pina, 2007).

## **2.1. Bases Neurológicas**

Los primeros antecedentes para el desarrollo de programas de Intervención temprana los encontramos en las aportaciones de Luria (1974) y Vigotsky (1980) precursores de los trabajos sobre las bases neuropsicológicas de los aprendizajes. Es importante la aportación que hacen estos autores, al **considerar el aprendizaje como la vía a través de la cual madura el sistema nervioso central**.

El crecimiento neuronal continúa después del nacimiento con una contribución del medio cada vez más importante. La característica más relevante del sistema nervioso del niño, frente al del adulto, es que el niño nace con un sistema nervioso inmaduro y en vías de desarrollo, siendo este desarrollo el que le permitirá alcanzar la maduración necesaria para llegar a la plenitud funcional, propia de todo ser humano adulto (Cabrera y Sánchez, 1982).

Los procesos madurativos, dependen por un lado, del crecimiento y de la evolución del sistema nervioso central y, por otro lado, dependen de si los procesos de aprendizaje estimularán o no las conductas que derivarían de dicho crecimiento (Collado Díaz, 2005).

En estos primeros años de vida, cuando contamos con el tiempo en que biológicamente, psicológicamente y educativamente se justifica la **razón de ser de la Intervención temprana, en tanto que parte de ella se basa en la plasticidad del sistema nervioso del niño** (Ferrando, M<sup>a</sup> T, 2007).

Cada momento cronológico, por el que va pasando el niño a lo largo de su desarrollo, responde a un nivel concreto de maduración de sus sistema nervioso y este nivel de maduración se va materializando o visualizando a través de una progresiva y variada conducta o funcionalidad motora (Mulas y Hernández, 2005).

La importancia que esta detección precoz adquiere en nuestros días, es señalada con cierta unanimidad.

La perturbación del desarrollo evolutivo del sistema nervioso es denominada **Maduropatía**, siendo Lamote de Grignon (1956) el primero en utilizar esta terminología, *"cualquier desajuste funcional respecto a su edad, puede ser producto de un trastorno madurativo y, por tanto neurológico, lo que se convierte en un signo de alarma, susceptible de atención"* (Campos, 2005: 40).

Durante el primer año de vida, este sistema se desarrolla a gran velocidad y a medida que pasan los años va decreciendo la intensidad de este desarrollo (Cabrera y Sánchez, 1982). Por esto se dice que, **en los primeros años de vida, hay gran plasticidad en el sistema nervioso**, reduciéndose notablemente a medida que pasan los años.

La plasticidad cerebral se define como *"la capacidad para reorganizar y modificar funciones y adaptarse a los cambios externos"* (Mulas, 2005: 53) y este es el principio de organización que fundamenta la aplicación de programas de intervención temprana para la recuperación funcional (Mulas y Hernandez, 2005)

Para Villa Elízaga (1991), adquiere una especial relevancia los *procesos de crecimiento celular* y el *proceso de mielinización*, como procesos orgánicos elementales en la maduración del sistema nervioso. Ambos procesos orgánicos, aun siendo uno de los aspectos de la maduración funcional del sistema nervioso más relevantes, no son los únicos.

*"La progresiva "corticalización" de la conducta hace que unos centros nerviosos jerárquicamente más superiores, más "humanos", vayan adquiriendo el mando, mientras otras estructuras más primitivas se batan en retirada"* (Villa Elízaga, 1992: 30)

*"En las primeras etapas de la vida, lo que predomina es la estructura recibida merced a la dotación cromosómica...,pero posteriormente pasará de sus primeros patrones automáticos a los niveles motores que liberan al niño de su dependencia íntima con el adulto y a adquirir las grandes funciones que caracterizan al hombre"* (Campos Castelló, 1989: 2)

La Neurología Evolutiva, por tanto, puede expresar el grado de perfeccionamiento adquirido por el sistema nervioso de un niño en un momento determinado (Ferrando, M<sup>a</sup> T, 2007).

**La Neurología permite llevar a cabo exámenes y diagnósticos desde las edades más tempranas.** André-Thomas (1952) propone un método semiológico como base de este examen o diagnóstico en la etapa neonatal, el que dará lugar al desarrollo de importantes pruebas diagnósticas durante este primer período de

---

la vida, entre las que podemos señalar las de Brazelton, 1964; Hellbrügge y Pechstein, 1968; Dobler, 1970; Flehming, 1971; Göb, 1967; Miliani-Comparetti, 1963; Votja, 1972...

Pero lo realmente importante de analizar, especialmente porque ello es **parte fundamental de la raíz de ser de la Intervención Temprana**, es la presencia de un **período "sensitivo"** al periodo de la vida en el que el aprendizaje se realizará con mayor facilidad.

*"En este periodo sensitivo el sistema nervioso es especialmente vulnerable, y este concepto de vulnerabilidad, expuesto en la hipótesis de Dobbing (1972) sobre el "Brain Growth Spurt" abarcaría el tiempo comprendido entre las 32ª semanas de edad gestacional y los 24º meses de vida postnatal de un feto nacido a término y que correspondería fundamentalmente el período de multiplicación neuronal que ocurre en el tercer trimestre de gestación, hasta la fase de multiplicación "gliar" que finaliza sobre el segundo año de vida" ( Campos, 2007: 53).*

Si aplicamos este concepto al campo de la psicología y de la educación, podemos deducir que este es el **período más sensible para desarrollar todas las capacidades de aprendizaje a través de la adaptación del niño a un medio que deberá ser progresivamente más rico y diversificado** (Klaus y Kennell, 1974)

Por lo tanto, podemos afirmar, que **la Intervención temprana** dada las características del sistema nervioso, **sería más eficaz cuanto más precoz se plantee, y esto es porque en esta primera etapa el cerebro tiene una enorme plasticidad** (Villa Elizaga, 1979).

Comprobamos que la Neurología Evolutiva abre un campo muy importante en el terreno de la detección, diagnóstico y pronóstico temprano, imprescindible para todo tratamiento temprano. Asegurar o garantizar las posibilidades del sistema de Atención temprana, lógicamente, tiene que ir mucho más allá: la detección, diagnóstico y pronóstico neurológico temprano sólo es el primer eslabón de la cadena teórica sobre la que descansa la fundamentación científica de este sistema.

### **3. 2. Bases Psicológicas**

La Psicología del Desarrollo, además de fundamentar desde el punto de vista teórico la Atención Temprana, nos indica en cada momento cómo y cuándo se deben esperar las adquisiciones que han de conseguirse durante los primeros

años de vida del niño, los cuales son el objeto específico de las técnicas de intervención en edades.

Bronfenbrenner (1987) define el desarrollo como:

*"concepción cambiante que tiene una persona del ambiente ecológico (siendo este un concepto de estructurada seriadas cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente) y su entorno con él, así como también su capacidad creciente para descubrir, mantenerse o modificar sus propiedades"* (Bronfenbrenner, 1987: 29).

**El desarrollo del niño ha sido estudiado e investigado desde numerosos y distintos enfoques teóricos.** Autores influyentes en el análisis del desarrollo infantil son Gessell (1928), que con su "cámara de observación" podía comprobar sistemáticamente el comportamiento de los niños sin interrumpirles y se centró en el aspecto biológico de la maduración; Wallon, su teoría de los estadios se refiere sobre todo al desarrollo emocional y social; Piaget (1954) que dedicó sus investigaciones al estudio del desarrollo de la inteligencia en el niño; Spitz (1961) desarrolló su teoría de los organizadores del desarrollo emocional: la sonrisa, la reacción ante extraños y el no; Freud (1917), Erikson (1950)...

**Tabla 4: Teorías sobre el desarrollo infantil**

<b>PSICOANALÍTICA</b> <b>(Freud, 1917)</b>	Describe el <b>desarrollo</b> como fundamentalmente inconsciente, es decir, más allá de la conciencia y principalmente emocional  Para comprender el desarrollo, debemos analizar los significados simbólicos del comportamiento y el funcionamiento profundo de la mente.
<b>COGNITIVA</b> <b>(Piaget, 1954)</b> <b>(Vygotsky, 1930)</b>	Énfasis en la interacción y la adaptación; el entorno proporciona el lugar para el desarrollo de las estructuras cognitivas; hace hincapié fundamentalmente en la interacción biológica-ambiental  Atravesamos cuatro períodos en la comprensión del mundo: período sensoriomotriz, período preoperacional, período de las operaciones concretas y período de las operaciones formales. Cada una de estas fases está relacionada con la edad y constan de diferentes formas de pensamiento.
<b>CONDUCTUAL</b> <b>COGNITIVO-SOCIAL</b> <b>(Paulov, 1927; Bandura, 1925; Skinner (1904-1990)</b>	La experiencia es importante en todos los puntos del desarrollo. el comportamiento, el entorno y la cognición son factores fundamentales en el desarrollo  El desarrollo es un comportamiento observable que puede aprenderse a través de las experiencias con el entorno  Los niños están moldeados por el ambiente, ya que este es el que brinda los estímulos, que moldearán al niño y optimizarán su desarrollo cognitivo, social y emocional.
<b>ETOLÓGICA</b> <b>Lorenz, K, 1989</b>	Énfasis en los períodos críticos y sensibles: períodos concretos en el desarrollo temprano, durante el cual ciertos comportamientos emergen de forma óptima. Importancia de las experiencias tempranas Fuerte influencia biológica

<p><b>ECOLÓGICA</b> <b>Bronfenbrenner, 1986</b></p>	<p>Hacen hincapié en los factores ambientales.</p> <p>Señalan cinco sistemas ambientales que van desde las interacciones interpersonales cercanas, hasta las extensas influencias basadas en la cultura. Los cinco sistemas son: microsistema, mesosistema, ecosistema, microsistema y cronosistema.</p>
---	--

Fuente: elaboración propia a partir de Santrock (2003: 39)

Desde las Teorías Psicoanalistas, con su insistencia en la primacía de la experiencia precoz y en las consecuencias a largo plazo de los acontecimientos adversos precoces (Bowly, 1951; Hurt, 1961), centraron su atención en las relaciones de la primera infancia, las cuales podían sustentar un crecimiento y desarrollo adecuado (Ajuriaguerra, 1993).

La Teoría de Piaget (1954) afirma que los niños crean de forma activa su propio conocimiento del mundo y atraviesan cuatro fases dentro del desarrollo cognitivo.

Vygotsky (1930) propone su teoría sociocultural cognitiva, que hace hincapié en el análisis del desarrollo, el papel del lenguaje y las relaciones sociales. Expresó ideas únicas e influyentes sobre el aprendizaje y el desarrollo

En las teorías conductistas y cognitivo-sociales, se afianza la idea de que el desarrollo es un comportamiento observable que puede aprenderse a través de las experiencias con el entorno. Las versiones del acercamiento conductista que podemos explorar son las teorías del condicionamiento clásico de Paulov (Sansalvador, 1987) y, más tarde las teorías del condicionamiento operante de Skinner, bajo este modelo, se van a desarrollar las bases para los programas de intervención temprana sobre "modificación de conducta".

La elaboración de programas de Intervención Temprana, bajo la aplicación de la Teoría del condicionamiento operante, se aplica en niños con patologías establecidas, cuyo objetivo es reforzar ciertas conductas que son débiles o extinguir otras que sean patológicas.

Es Bandura (1986) quien cree que los procesos cognitivos son mediadores importantes de las conexiones entre el ambiente y el comportamiento. Mientras que Konrad Lorenz (1995) afirma que el comportamiento está fuertemente influido por la biología, está atado a la evolución y se caracteriza por sus períodos críticos o sensibles.

Queremos hacer referencia al concepto de "**período crítico**", señalado en esta teoría, esta idea nos permite **afianzar nuestro interés**, en este trabajo, **por la prevención en edades tempranas por ser un período crítico para el desarrollo del niño.**

Mientras la teoría etológica subraya los factores biológicos, la teoría ecológica hace hincapié en los factores ambientales. Una teoría que ha tenido importantes implicaciones en la comprensión del desarrollo del niño ha sido la creada por Urie Bronfenbrenner (1986, 1995, 2000).

Además de las grandes teorías examinadas hasta ahora, que nos han servido en Atención Temprana como marco general para pensar e interpretar muchos de los aspectos del desarrollo infantil, existen otros muchos autores que sustentan estudios en áreas específicas: Melaine Klein (1918), Erikson (1950), Winnicott (1923), Bolwby (1951), y más actualmente, Francoise Dolto (1994) , Bruno Bettelheim (1994) ; Kuhn (1998); Parke y Buriel (1998), sobre la teoría de los sistemas dinámicos del desarrollo; Lewis (2000); Thelen y Smith (1998).

También hay otras variables (Bel y Cols, 1982; Wacks y Cormen, 1982; Saenz-Rico y Trapero, 1993) tales como: características de los padres, la disponibilidad de redes sociales de apoyo, modelos de crianza... que se ha comprobado que tienen una relación con el posterior desarrollo del niño.

Igualmente, en contra de las creencias predominantes, los niños son seres competentes y complejos que procesan información y toman parte activa en su propio desarrollo (Appleton, Clifton y Golberg, 1975). De esta manera se podía justificar la necesidad de una intervención temprana

El estudio que han hecho estas teorías, que hemos revisado, sobre el desarrollo humano ha perseguido un doble objetivo: por un lado describir las conductas que van sucediéndose cronológicamente a lo largo de la evolución del niño durante sus primeros años y, a partir de esta descripción, buscar una explicación y comprensión de esa manifestación.

Pues bien, esta doble intencionalidad de los estudios tiene también una doble aportación al campo práctico, concretamente en el que nosotros nos ubicamos, la Atención Temprana. **La descripción conductual del niño ha permitido la elaboración y difusión de una amplia gama de escalas de medición del desarrollo, y estas escalas han posibilitado la detección temprana de una anomalía o alteración en el desarrollo** (Vidal, 2007).

---

## 2.3. Bases Biológicas

Si entendemos el desarrollo humano, como señala García Román (1998), como los cambios producidos por la edad, los cuales permiten al hombre salir del largo período de inmadurez con el que nace y que le caracteriza los primeros años de su vida, aceptaremos que existe una base genética en la que se sustenta; pero es, sobre todo, la interacción entre los factores internos (genéticos y biológicos) y las influencias externas (culturales) lo que lo propicia y define.

Aunque en ese proceso existen aspectos de la conducta más determinados por la genética que otros, como el desarrollo motor, para que se manifiesten también necesitan de un medio social favorable.

Desde las bases biológicas podemos entender los factores genéticos del ser humano, las leyes que lo regulan y los acontecimientos que los pueden alterar.

Todo nuevo ser, será portador de una información biológica con las características morfológicas y fisiológicas que lo definirán. Esta información se transmite de generación en generación a través del ácido desoxirribonucleico (ADN) (Cruz, 1977; Vasta, Haith y Millar, 1992).

El desarrollo y la conducta humana se fundamentan en un proceso complejo y altamente interactivo que está influenciado tanto por regulaciones biológicas como por las experiencias de cada sujeto (Shonkoff y Marshall, 1990, 2000).

La Atención Temprana, hasta los años setenta, se había centrado casi exclusivamente en el papel que jugaba la experiencia en ese proceso; a partir de ese momento, se considera también que hay que tener presente la contribución del sustrato biológico (Mulas y Hernández, 2002).

El desarrollo consiste en dos procesos biológicos fundamentales: crecimiento y diferenciación. El crecimiento va unido a una progresiva diferenciación de todas las células, tejidos, órganos y sistemas y el crecimiento origina e impulsa la diferenciación, de alguna manera, supone el final del crecimiento (Hellbrügge, 1980).

El comportamiento es una propiedad biológica y, por tanto, como el resto de características de un ser vivo, está sujeto a las leyes de la Biología. La conducta es propiedad biológica que permite a los organismos establecer una relación activa y adaptativa con el medio ambiente (Palau, 2005).

*" ... durante mucho tiempo, el debate científico se centró en que era determinante en el desarrollo psicológico y conductual de los seres: los genes (herencia) o el medio (entorno en el que crece un ser y sus experiencias). La controversia herencia versus medio se decanta por uno o por otro, según que rasgos de la persona humana son objeto de nuestra atención (Delval, 1994: 60).*

Gottesman (1974) expone un modelo de interacción de los genes con el medio que denominó "*margen de reacción*" y que consiste en que los genes no determinan por sí mismos el desarrollo de forma precisa, pues serán los factores ambientales de experiencia y entrenamiento los que modelarán el resultado final (García Román, 1998).

Así, desde el punto de vista biológico, el campo de la Atención Temprana se enfrenta a retos importantes. Entre éstos se incluye, principalmente, la necesidad de incrementar nuestra capacidad para **identificar factores de riesgo biológico**, con el fin de tratar de prevenir y/o reducir sus potenciales efectos perjudiciales, y una mayor comprensión de las bases del funcionamiento y de la prevención del daño neurológico. En aquellas circunstancias en las que no se pueda evitar la lesión biológica, nuestra tarea consistirá en aumentar nuestros conocimientos sobre la adaptación humana.

Actualmente, identificar y facilitar esos factores de protección es una de las misiones principales de la Atención Temprana (Shonkoff y Marshall, 1990, 2000).

### **3. 4. Bases Pedagógicas**

La intervención educativa junto con la psicológica constituyen los pilares de la metodología en Intervención Temprana (Gútiez, 2005) y especialmente la Pedagogía que ha tenido gran influencia en el desarrollo de los programas de intervención (Andreu, 1997).

**Actualmente la mayoría de los programas de Atención Temprana tienen un marcado carácter educativo.** La naturaleza educativa de la actividad en Atención Temprana se justifica por el papel que el aprendizaje desempeña en el desarrollo del niño (Andreu, 2005).

La Atención Temprana también se basa en el viejo concepto de Bateson llama "*aprender a aprender*", "*la experiencia del aprendizaje en un contexto promueve la capacidad de aprendizaje en otro contexto, es decir, que la capacidad que tiene el niño de generalizar sus aprendizajes, le permite aplicarlos a nuevas experiencias*" (Bateson, 1985: 198).



---

Mediante las experiencias de aprendizaje, los niños desarrollan sus capacidades. La etapa de educación infantil resalta la importancia que la acción educativa temprana tiene en el desarrollo físico, cognitivo y socioafectivo de los más pequeños (Francisco, M<sup>aj</sup>, 2005).

Mota y Garriga (1989) señalan que desde que el niño nace es un sujeto de educación: *"que sus genes humanos les da la capacidad de integración y de creación de pautas de comportamiento, capacidad que es clave de la educación para el individuo"* (Mota y Garriga, 1989: 26)

**La Educación Infantil es una etapa única, educativa y con una identidad propia.** Las bases educativas nos llevan a plantear, desde el sistema educativo, la necesidad de unos fines educativos iguales para todos los sujetos. Consideramos que tanto la educación infantil como la Atención Temprana están destinadas a la atención (planificada, intencional y sistemática) de los niños hasta los seis años.

*"La educación infantil es una etapa fundamental para el desarrollo de los niños/as de edades tempranas, al permitirles construir su personalidad, ampliar sus experiencias y favorecer su desarrollo social y asume la función de corregir las desigualdades de origen social"* (Torres, 2005: 25)

Entendemos que la Escuela Infantil se constituye como el proceso más idóneo para contribuir al desarrollo físico, intelectual, afectivo y social del niño. El proceso de Atención Temprana debe incluirse en este contexto normalizado de aprendizaje.

Si los primeros años de la vida de un niño tienen una importancia vital para su desarrollo y sus primeros aprendizajes, la Atención Temprana y la Educación infantil van a proporcionar experiencias básicas que contribuyan a ese desarrollo y van a ser los principales mecanismos de prevención y compensación de desigualdades.

Entendemos que existen evidencias científicas de la eficacia de los programas de Atención Temprana, que avalan y promueven los programas de intervención Temprana. Por ello es necesario dotar a los programas de Atención Temprana de unas bases educativas, ya que en la mayoría de los programas y manuales existentes sólo se hacía referencia a bases psicológicas y neurológicas.

Sobre esta fundamentación científica, se tiene que apoyar cualquier enfoque de una intervención temprana, pero también queremos resaltar que una vez frente al niño lo primordial es observar, escuchar y reflexionar para comprender la

situación, siempre irrepetible de cada niño y su familia. Sólo así entenderemos el porqué de su evolución.

## **4. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN EN AT**

En este punto parece conveniente señalar, de acuerdo con el tema de la investigación, los diferentes escenarios en los que se desarrolla la Atención Temprana para destacar el elenco de profesionales que van o han de ir de la mano durante todo el proceso de Atención Temprana. Para ello una vez más nos basaremos en el Libro Blanco de la Atención temprana (GAT, 2005)

**La estructura administrativa propia de España conlleva la existencia de tres tipos de servicios relacionados con la Atención Temprana: Sanidad, Servicios Sociales y Educación.** Ciertamente, la Atención Temprana es en la práctica un proceso, en el que cada servicio (sanitario, social y educativo) está involucrado en la prevención primaria, secundaria y terciaria, es decir, participan y colaboran en detectar las dificultades e intervenir en las situaciones especiales de los niños, a través de diferentes mecanismos y fórmulas de apoyo y estimulación, con el fin de favorecer su máximo desarrollo.

### **4.1 Servicios de Salud**

La ley General de Sanidad de 1986 establece como contenido de las actuaciones sanitarias “los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo” (Art.18.5). El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema nacional de Salud contempla, en el nivel de atención primaria, **el programa del niño sano<sup>12</sup>** y, en el nivel de atención especializada, **el examen neonatal y la aplicación de tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el niño, así como la rehabilitación** (Alonso Seco, 1997).

La legislación sanitaria de las Comunidades Autónomas sigue la misma orientación que la Ley General de Sanidad. En este sentido se mencionan de nuevo dentro de las mismas la atención a los grupos de riesgo como contenido de asistencia.

---

<sup>12</sup> Implantado en toda la CAM en Atención Primaria. Ofrece las condiciones óptimas para el cumplimiento de los controles sanitarios establecidos.

---

Los distintos programas y servicios que son competencia de los servicios de salud y que actúan en el contexto de la Atención Temprana son<sup>13</sup>: obstetricia, neonatología, unidades de seguimiento madurativo o de desarrollo, pediatría en atención primaria (programa del niño sano), neuropediatría, rehabilitación infantil, salud mental infantil y otras especialidades médicas.

## 4. 2 Servicios Sociales

Teniendo en cuenta la importancia que tienen el contexto social y las condiciones del entorno, los servicios sociales tienen una gran responsabilidad en la Atención Temprana (Gútiez, 2005).

**Los Servicios Sociales y sus profesionales intervienen en todos y en cada uno de los niveles de la atención primaria; su actuación en Atención Temprana se considera de vital importancia** y se realiza a través de programas de promoción y bienestar social de las familias y de la elaboración de programas de prevención e intervención dirigidos a contextos con dificultad o riesgo social (Mendieta y García Sánchez, 1998).

El desarrollo de la estimulación precoz correspondió al SEREM. Con el Decreto 731/1974, de 31 de marzo, el organismo SEREM pasa a tener responsabilidades en la edad infantil, al serle encomendada la gestión del Servicio Social de Asistencia a Subnormales (Arizcun, Gútiez y Veerman 2006).

Actualmente, **el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF), organismo Autónomo de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, colabora en el esfuerzo por la consolidación de los recursos de Atención Temprana** y también desarrollando programas de prevención y atención a menores con discapacidad o alteraciones del desarrollo para mejorar la calidad de vida de estos niños y sus familias desde una perspectiva preventiva, rehabilitadora e integradora.

Esto se materializa, entre otras actuaciones, en la financiación de los Centros de Atención Temprana de la iniciativa social, a través de la vía de concierto o subvención.

Los programas de Intervención Temprana en el ámbito psicosocial, intervienen en cada uno de los niveles de la atención primaria y su actuación se realiza a

---

<sup>13</sup> Todos estos programas están recogidos en el Libro Blanco de AT (GAT, 2000: 17-18)

través de la promoción del bienestar social de las familias y de la elaboración de programas de prevención e intervención.

*"La reinserción familiar, acogimiento y/o adopción. La protección y acompañamiento de los niños institucionalizados sin perspectivas y referencias familiares. La Atención Temprana de cualquier trastorno del desarrollo que pueda detectarse y la elaboración de los procesos de duelo o extrañamiento social para padres e hijos"* (GAT, 2005: 34)

Dentro de los recursos que tienen los servicios sociales nos encontramos con dos que vamos a señalar en los siguientes apartados:

#### **4. 2. 1. Centros Base**

La creación de los Centros Base tuvo su inicio en el servicio social de recuperación y de rehabilitación de minusválidos (SEREM) que jugó un papel decisivo en el desarrollo de la intervención en discapacidad, incluyendo la Atención Temprana. Posteriormente el SEREM sería integrado el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) mediante el decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la seguridad Social, la salud y el empleo.

La creación de los Centros Base se debe al Ministerio de Trabajo que encargó al INSERSO la puesta en marcha de la Estimulación Temprana. En 1980, se aprueba el Plan de prestaciones para Minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales. En el Capítulo II del anexo, sección I., se hace referencia a los Tratamientos de Estimulación temprana en los siguientes artículos:

*Art. 22: "los tratamientos de Estimulación Precoz médicos y psicólogos se dirigirán a evitar el proceso degenerativo de una presunta minusvalía y a potenciar el desarrollo de la capacidad física, psíquica o sensorial del sujeto afectado".*

*Art.23: "las técnicas que podrán aplicarse para esta estimulación precoz, serán: psicomotricidad, sensomotricidad, terapia del lenguaje, creación del lenguaje, fisioterapia y medicina ortopédica".*

*Art.24: "Para conceder subvenciones, los requisitos serán: edad de 0 a 5 años, elaboración del P.D.I, justificación de no recibir otros servicios."*

Posteriormente gracias a la Resolución de la Dirección General del INSERSO, de 11 de enero de 1981, se acuerda crear, con carácter piloto, nueve Servicios de estimulación precoz en los centros base de distintas provincias españolas: Álava, Baleares, Burgos, Córdoba, Madrid, Pamplona, Segovia, Sevilla y Santa Cruz de Tenerife, finalmente integrados en la estructura de los Centros Base a partir de la

---

Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI, 1982) y es a partir de este momento cuando se considera que se inicia el proceso de consolidación de los servicios de estimulación Precoz.

En la actualidad, las competencias del INSERSO han sido transferidas a las diferentes Comunidades Autónomas. **En el caso de Madrid esto centros dependen de la Dirección General de Servicios Sociales, perteneciente a la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.**

Son servicios especializados de atención básica a personas con discapacidad, constituyen un recurso específico de apoyo técnico en materia de discapacidades para los dispositivos ordinarios y servicios específicos de su zona de influencia.

*“Los Centros base son servicios sociales especializados de atención básica a personas con discapacidad que asumen funciones de información, diagnóstico, valoración, orientación e intervención terapéutica y constituyen en tanto recurso específico, el apoyo técnico en materia de discapacidades para los dispositivos ordinarios y servicios específicos de su zona de influencia” (CAM 2008 On-line)*

De la definición anterior, podemos concretar que los **Centros Base son la principal vía de acceso a los servicios y prestaciones que existen para las personas con discapacidad.** Dan información especializada de los recursos dentro del ámbito de la discapacidad.

Los Centros Base dependen de servicios sociales. El trabajo que realizan es el siguiente: detección del niño, acogida al niño y su familia, valoración del caso, se realiza el diagnóstico, se da la orientación y se indica el tipo de intervención (Gútiérrez, 2005).

Los **Principios Orientadores** (Consejería SS de la CAM 2008 On-line: 9):

- *La minusvalía se considera como desventaja social producida por una discapacidad.*
- *Esta visión de la discapacidad se amplía con la incorporación de las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación.*
- *La finalidad general de su actuación es la prevención, tanto para evitar que una minusvalía se produzca, como para aminorar sus consecuencias.*
- *La herramienta principal sería la rehabilitación integral, en su sentido más amplio.*
- *Los principios que rigen su actuación son los de "zonificación, normalización, integración, prevención, transversalidad y multidisciplinariedad".*

Los **objetivos, funciones y personal que componen los Centros Base**, quedan recogidos en las siguientes tablas:

**Tabla 5: Objetivos de los Centros Base**

- Promover la **igualdad de oportunidades** para las personas con discapacidad de cara a su desarrollo personal e integración social.
- **Informar y asesorar** a las personas con discapacidad y a las entidades que trabajan con ellas.
- **Prevenir** y/o paliar, mediante la rehabilitación integral, las consecuencias de la discapacidad.
- **Fomentar la inserción laboral** de las personas con discapacidad
- Facilitar la **colaboración y coordinación** entre organismos públicos y organizaciones privadas
- **Impulsar la participación** de las personas con discapacidad recogiendo sus demandas y canalizándolas por las vías adecuadas.
- **Potenciar** la vida independiente y la **autonomía** de las personas con discapacidad mediante la **aplicación de las nuevas tecnologías**.
- **Promover acciones de sensibilización** de la población general sobre las desventajas de las personas con discapacidad y propiciar la **reflexión, y el debate** sobre el mundo de la discapacidad.

Fuente: Consejería de Servicios Sociales de la C.A.M , 2009

En cuanto a los **recursos personales**, los Centros Base se componen del personal de dirección, profesionales especializados (para el servicio de *información, y primera orientación*: 1 asistente social; para la *Valoración y Orientación*: 1 médico rehabilitador, 1 psicólogo, 1 psicopedagogo ; para los *Tratamientos*: 1 fisioterapeuta, 1 logoterapeuta, 1 psicomotricista, 1 terapeuta ocupacional y un técnico en estimulación), área de administración (coordinación y personal administrativo) y personal auxiliar de control (Gútiez, 2005).

La organización de los equipos de estimulación precoz que planteó el INSERSO arrancó con una contradicción a nivel socio-educativo, pues se demandaron algunos perfiles profesionales que no encontraban correspondencia con las titulaciones que la universidad ofertaba en aquel momento (psicomotricista y estimulador precoz). Se trataba de un modelo muy moderno que quedaba descontextualizado en la realidad asistencial y académica del momento, situación que en parte persiste en la actualidad. Siendo un modelo que data de 1982, resulta llamativo que permanezca prácticamente igual hasta el momento, incluso una vez transferidas las competencias a las Comunidades Autónomas.

**Tabla 6: Funciones de los Centros Base**

<b>INFORMACIÓN</b>	Según el tipo de información existe un personal diferente asignado para cada área, de manera que los tipos de formación con su personal asignado son: general y especializada trabajadores sociales.  <b>Personas encargadas de esta función:</b> Trabajadores Sociales (mínimo 1 por cada centro); Formativa - Pedagogos; Laboral - Técnicos de grado medio (área laboral); Administrativa -Personal administrativo
<b>VALORACIÓN DE MINUSVALÍA</b>	Dictamen técnico facultativo y resolución administrativa del grado de minusvalía) y emisión de dictámenes técnicos específicos.
<b>ORIENTACIÓN</b>	General, terapéutica, formativa y laboral. Los equipos de valoración y orientación son equipos multiprofesionales cuya misión principal es la valoración, diagnóstico y orientación de las personas con discapacidad. Compuestos por: médicos, psicólogo, trabajador social, pedagogo, técnico de grado medio (área laboral).  <b>Personas encargadas de esta función:</b> médico, psicólogo, trabajador social, pedagogo (área formativa), técnico de grado medio (área laboral).
<b>ASESORAMIENTO</b>	En ayudas técnicas a las familias e instituciones implicadas
<b>TRATAMIENTOS</b>	Objetivo general: habilitación y rehabilitación de las personas con discapacidad para disminuir el impacto del déficit, evitar discapacidades añadidas e impulsar el desarrollo armónico de la persona, integrando la discapacidad, con le fin de que ésta pueda obtener el máximo posible de independencia, integración y desarrollo personal. <b>Personas encargadas de esta función:</b> psicólogo, pedagogo, fisioterapeutas, psicomotricista, psicoterapeuta.
<b>SOPORTE TÉCNICO</b>	A la Consejería de Servicios Sociales en materia de discapacidad, en Servicio Gestión de Centros y Programas, Servicio de prestaciones económicas, Servicio de programas Europeos y Servicio de Plan de Acción y Programas para personas con discapacidad
<b>APOYO TÉCNICO A OTRAS INSTITUCIONES</b>	Ayuntamientos, D.G de Trabajo y Servicio Regional de Empleo, Juzgados, MºFiscal, Procesos Selectivos de empleo público, Hacienda (I.R.P.F...), INSS, MUFACE, Isfas, Asociaciones, Federaciones y Fundaciones, IMSERSO,

Fuente: Adaptado de la Consejería de Servicios Sociales CAM 2009 On-line

En cuanto a los **recursos materiales** señalamos en nuestro país existen **68 Centros Base situados en las distintas provincias españolas.**

#### **4. 2. 2. Centros de Atención Temprana (C.A.Ts)**

Son centros que trabajan en colaboración con los Centros Base. **Surgieron alrededor de los años 70, de la mano de movimientos asociativos de padres y de profesionales.** La creación y evolución de los CAT ha sido paralela a la existencia y orientación de otros servicios e instituciones desde los distintos

ámbitos de la Atención Temprana, han dado y dan respuesta a determinados colectivos o a necesidades específicas de los mismos (GAT, 2005).

Se trata de centros de carácter interdisciplinar destinados a la población comprendida entre los 0-6 años que presentan alguna alteración o disfunción en su desarrollo o riesgo a padecerla. Abordan el desarrollo del niño/a de manera global y su principal función es la de potenciar al máximo las capacidades del niño/a para así lograr una adaptación familiar, escolar y social. Desarrollan tres grandes líneas de actuación, que señalamos en la siguiente tabla:

**Tabla 7: Líneas de actuación de los C.A.Ts**

<b>SENSIBILIZACIÓN</b>	Colaboran con las instituciones, asociaciones y otros profesionales de la zona en la elaboración de programas que tengan como objetivo la sensibilización de la población en general en aspectos de prevención relacionados con el desarrollo infantil
<b>APOYO Y ASESORAMIENTO</b>	Actividades dirigidas a <b>proporcionar información y orientación a las familias, profesionales y sociedad</b> en general con el fin de evitar o advertir la aparición de desviaciones respecto al desarrollo normal del niño.
<b>INTERVENCIÓN</b>	La intervención se planifica y programa de forma individual, considerando las necesidades y posibilidades de cada niño en cada área del desarrollo, la situación y posibilidades de su familia, medio escolar y entorno social. Esta intervención pasa por distintas fases: proceso de valoración inicial e intervención terapéutica (tratamientos especializados de estimulación, psicomotricidad, logopedia, fisioterapia, psicoterapia), abordan el desarrollo de los niños de manera global y su principal función es la de potenciar al máximo las capacidades de los niños para así lograr un adaptación familiar, escolar y social.

Fuente: Elaboración propia a partir de GAT, 2005

La atención es ambulatoria, individualizada, orientada tanto al niño como a su entorno familiar (proporcionan información, asesoramiento y apoyo) y social, y coordinada con otros recursos de atención.

Recogemos en la siguiente tabla, el conjunto de Objetivos de los Centros de Atención Temprana:

**Tabla 8: Objetivos de los C.A.Ts**

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.</li><li>▪ Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño</li><li>▪ Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.</li><li>▪ Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.</li><li>▪ Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.</li><li>▪ Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.</li></ul>
--

Fuente: Elaboración propia basado en (GAT, 2005)



---

El equipo profesional de los CATs será multidisciplinar y de orientación holística, considerando que la intervención abarca desde aspectos intrapersonales, biológicos, psíquicos, sociales y educativos, propios de cada individuo, e interpersonales, relacionados con su propio entorno, como son la familia, la escuela y la cultura. Estará constituido por especialistas en Atención Temprana procedentes del ámbito médico, psicológico, educativo y social (GAT, 2005: 23). Estos equipos son diferentes de los equipos de Atención Temprana, pertenecientes a educación, aunque la población a la que van destinados es la misma.

En relación con los perfiles profesionales, en el Manual de Buenas Prácticas en AT (FEAPS, 2001) se detalla la plantilla necesaria para un centro, añadiendo la posibilidad de incluir otras especialidades profesionales

- *Gestión*: director del centro (sin especificar la titulación requerida)
- *Atención directa*: la Unidad de Evaluación ha de estar compuesta por trabajador social, médico, psicólogo o pedagogo y la Unidad de Apoyo Terapéutico que debe contar con un psicólogo clínico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, estimulador y psicomotricista.

En esta plantilla parece claro el perfil profesional y la formación de base del psicólogo clínico, médico, trabajador social, logopeda... pero en ningún momento se menciona el perfil profesional del *estimulador*. La realidad es que detrás de este profesional hay un licenciado (generalmente en Pedagogía, Psicopedagogía o Psicología), con un postgrado tipo master, especialista o experto. El problema radica en que ningún documento especifica el perfil profesional de estas figuras y, lo que es todavía más grave, a efectos retributivos son tratados como diplomados sin que exista ninguna diplomatura en España de estas características.

El **proceso de acceso a estos Centros** se realizará por indicación de algún profesional o dispositivo relacionado con la atención a la infancia o desde un centro de valoración específico: derivación de servicios sanitarios (Hospitales, Atención Primaria, Centros de Salud Mental...), de servicios educativos (Equipos de Atención Temprana, Equipos Psicopedagógicos...), de servicios sociales (Centros Bases, Servicios Sociales Municipales...). La derivación siempre se debe hacer al Centro de Atención Temprana más próximo al domicilio de la familia.

En el siguiente cuadro señalamos el procedimiento de intervención en los centros de Atención Temprana, sabiendo que estos centros mantienen un diseño flexible para ofertar soluciones de ajuste a las distintas necesidades que pueden presentar los niños o sus familias.

**Tabla 9: Procedimiento de actuación en los CATs**

<b>RECEPCIÓN INMEDIATA DEL CASO Y RECOGIDA DE INFORMACIÓN</b>	Primer contacto con la familia, se realiza la entrevista inicial, recogiendo de forma sistemática todos los datos aportados por la familia y los informes aportados por otros profesionales que conocen al niño y su familia
<b>EVALUACIÓN INICIAL Y ESTUDIO DEL CASO</b>	A través de distintos instrumentos que aportan la información adecuada sobre el funcionamiento general y específico del niño
<b>ELABORACIÓN DEL JUICIO DIAGNÓSTICO</b>	Permite determinar las necesidades de atención específicas. Se realiza una entrevista de devolución a la familia ofreciéndoles la información diagnóstica elaborada por el equipo.
<b>INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA CONJUNTA</b>	Adaptación del modelo de intervención terapéutica las circunstancias personales familiares y sociales del niño basada en la elaboración de objetivos reales que la sustenten
<b>REVISIÓN DEL PROCESO EVOLUTIVO PLAN DE SEGUIMIENTO SISTEMÁTICO (Atención al niño).</b>	Seguimiento intensivo del caso y <b>actuación desde el ámbito socio-familiar, informando, formando, orientando o facilitando apoyo</b> sobre la problemática presentada en cada caso. (Atención a la familia).

Fuente: Elaboración propia a partir de Andrés (2007: 127)

Sabemos que este procedimiento de atención implica una actuación globalizada que justifica el proceso de integración del niño en un entorno educativo y social. Queremos señalar que, aunque el diagnóstico es competencia de los Centros Base y de los Equipos Psicopedagógicos, en los CATs también realizan una evaluación para confirmar el diagnóstico de los niños.

Las familias, en este tipo de Centros, van a recibir información, ayuda u orientación para afrontar el nacimiento de un hijo con alguna alteración en su desarrollo y los cambios que en su sistema familiar provoca. Conseguir un grado óptimo de implicación familiar en la continuidad de la intervención debe ser un objetivo de todo programa de Atención Temprana. Es la formación de las familias el objetivo de nuestra investigación.

La atención a la familia se podrá realizar de forma individual o en grupo, en función de la realidad y necesidades del momento. La atención individualizada, tendrá como objeto prioritario el dialogo con la familia, donde profesional y familia puedan intercambiar información referente al tratamiento del niño, la dinámica en el hogar, aspectos familiares generales o escolares. Pero no sólo se atenderán aspectos técnicos, sino que se intentará crear un clima donde la familia pueda transmitir sus sentimientos.

Sin embargo observamos que, aunque la Atención Temprana, actualmente, plantea la necesidad de no ser dirigida solamente hacia los niños, en las

---

memorias anuales publicadas por los distintos organismos implicados en la Atención Temprana, **no hay información sobre las actividades de apoyo, asesoramiento e información realizadas con las familias**<sup>14</sup>.

Muchos de estos CATs tienen personas de prácticas en las distintas sesiones de intervención, ya que tienen firmados convenios de prácticas con Escuelas de Fisioterapia y Master de Atención Temprana.

Una vez revisados los documentos marcos de la Atención Temprana, es evidente que la realidad de los centros de Atención Temprana no coincide con lo que se ha señalado. El Libro Blanco de la Atención Temprana señala "*Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana*" (CDIAT), que son un modelo teórico al que pretenden llegar las diferentes Comunidades Autónomas, aunque están presentes en Cataluña y no de forma completa.

#### **4. 3. Servicios Educativos**

El *MEC* (*Ministerio de Educación y Ciencia*) contemplaba la Estimulación Temprana como servicio propio o a subvencionar. Desde sus inicios, se contempla la Atención Educativa Especial desde el momento que se considera necesario, sea cual sea la edad, o si hay riesgo de aparición de deficiencias (Art 5. Real Decreto 334/ 1985 de Ordenación de la Educación Especial).

La perspectiva educativa desempeña un papel esencial en la actuación específica del desarrollo del niño, de hecho, la Atención Temprana y la Educación Infantil comparten muchos espacios metodológicos y curriculares comunes (Millá, 2003).

Los Servicios Educativos realizan actuaciones de apoyo al niño y a la familia desde los centros de Educación Infantil. La Labor de estos centros es la prevención de los trastornos en el desarrollo que puede ser fundamental para las poblaciones de alto riesgo, ya que ofrecen un entorno estable y estimulante a esta población infantil que de repente puede sufrir situaciones inadecuadas en el entorno familiar. Además, se puede realizar un importante nivel de actuaciones preventivas.

En relación a **los Servicios Educativos, los maestros y educadores se convierten en los agentes de detección**, ya que en esta etapa es posible observarse problemas en las habilidades motoras, de socialización, de lenguaje,

---

<sup>14</sup> IMMF (2008,2009).Memorias sobre Centros de Atención Temprana

de atención, limitaciones cognitivas o emocionales que antes no habían sido detectadas y se lo comunicarán a los padres, de esa forma se darán pautas de observación y actuación coordinadas, así como la derivación al Pediatra y al Centro de Atención Temprana, para establecer un diagnóstico completo e iniciar una intervención adecuada.

#### **4. 3. 1. Escuela Infantil**

La Educación Infantil, en un sentido amplio, es aquella que se inicia en el momento de nacimiento del niño y que termina con el inicio de la escolaridad obligatoria, no puede restringirse únicamente a la que se recibe en instituciones (Castillejo, 1989).

La Escuela Infantil está estrechamente vinculada con la Atención Temprana y representa un periodo de gran significación en el proceso de desarrollo del ser humano. Se trata de una institución que vela y trabaja por el desarrollo global del niño (objetivo coincidente con la Atención Temprana). En este sentido **realiza una importante labor de prevención primaria, promoviendo el desarrollo integral del niño**. Los profesionales, que trabajan en este sector tienen la enorme ventaja de poder prevenir y actuar sobre determinadas dificultades de la primera etapa del niño (0-6 años), (Ortiz, 2005).

Compartimos la idea de Millá (2003) de que la escuela es un espacio esencial en el proceso de socialización de los niños y, de manera muy significativa, en la integración e intervención en contextos normalizados, para aquellos niños que tienen problemas en el desarrollo.

Es la primera etapa de nuestro sistema educativo, no obligatoria estructurada en dos ciclos, (0-3) hasta los tres años, el primero, y de los tres a los seis años el segundo (3-6). Su principal finalidad es contribuir al desarrollo de los niños y compensar las posibles carencias originadas en las diferencias sociales, culturales y económicas de las familias.

Pretende ofrecer un servicio cualificado para la 1ª infancia, pasando de una concepción meramente asistencial y de protección a una concepción educativa y generalizada y dando una respuesta adecuada a las necesidades educativas de cada niño desde el mismo momento de su nacimiento y que se ha reflejado en las normas legales vigentes (Gútiez, 2005).

Desde el sistema educativo, la educación Infantil se plantea la necesidad de diversificar las iniciativas para responder a las exigencias educativas que no solo los padres, sino la sociedad en su conjunto debe asumir, aportando a la familia el apoyo

---

especializado que complemente su acción y que garantice para los niños de 0 a 6 años la satisfacción de sus necesidades.

La educación infantil proporciona al niño la oportunidad de aprender, desarrollarse, establecer una relación con sus iguales... y, para ello, debe aportar recursos, espacios para facilitar el desarrollo pleno de los niños. Entendemos que la Educación Infantil contribuye a realizar una prevención de los problemas posteriores que se pueden presentar en los niños.

Por tanto, consideramos que la etapa **Educativa Infantil ha de tener un carácter preventivo, de detección y compensador de las diferencias individuales**, que trate de contrarrestar los factores que van a diferenciar desde el nacimiento el futuro desarrollo del niño, y facilite la tarea educativa así como la posterior integración en las etapas educativas obligatorias.

Es un período de gran trascendencia ya que en él, además de los contenidos curriculares propios de esta etapa, se sientan las bases para la adquisición de los hábitos de trabajo escolar y del aprendizaje para la educación primaria (Aranda, 2007).

Con frecuencia, son los maestros quienes detectan una situación de riesgo y derivan el caso para que sea estudiado por los Equipos de Orientación educativa y psicopedagógica, que señalaremos a continuación.

Los principios de integración y de normalización de la Educación especial hacen que la escolarización de alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo se realice (en la medida de lo posible) en centros ordinarios. Así, **la Escuela Infantil se convierte en un importante contexto de actuación/intervención por medio de las adaptaciones curriculares y de los profesionales.**

La LOE reconoce la obligación de las Administraciones Educativas de poner a disposición del alumnado, con necesidad específica de apoyo, *“el profesorado de las especialidades correspondientes y demás profesionales cualificados, así como de los medios y materiales precisos”* (Título II, Cap.I Art. 72.1)

El **tutor del aula y el profesor de apoyo** (especialista en Pedagogía Terapéutica o en Audición y Lenguaje) son los profesionales que van a realizar una detección temprana de los problemas del desarrollo, van a diseñar y realizar una intervención educativa especializada e individual, para cubrir las necesidades especiales de los alumnos que lo requieran. Ambos profesionales tienen que estar estrechamente relacionados, ya que el tutor del aula puede dar una visión general

del ritmo y desarrollo de aprendizaje del grupo, y el profesor de apoyo presta un conocimiento más pormenorizado del alumno con necesidades específica de apoyo.

Cuentan asimismo, como recursos esenciales, los Equipos Psicopedagógicos de Atención Temprana que por su cualificación y pertinencia van a ser un elemento imprescindible en la atención en las primeras etapas de desarrollo.

#### **4. 3. 2. Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (E.O.E.Ps)**

Son equipos multiprofesionales, que mediante la actividad conjunta dan a la comunidad los elementos necesarios para que el proceso educativo se lleve a cabo satisfactoriamente, teniendo en cuenta las características del sujeto y del entorno (Gútiérrez, 2005).

El reconocimiento como etapa educativa del tramo 0-6 años a partir de la Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), vino a suponer la consolidación de los procesos hasta ese momento desarrollados, tanto en lo que se refiere a los Equipos psicopedagógicos de Atención Temprana como a los propios centros de educación infantil. Por primera vez se cuenta con un modelo global de orientación educativa e intervención psicopedagógica (Nieto, 2000).

Los equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Atención Temprana de la Comunidad de Madrid inician su actividad en el año 1985 coordinados y dirigidos por la Dirección General de Educación de la Comunidad de Madrid, merced a la formalización de un convenio de cooperación entre los entonces Ministerio de Educación y Ciencia y la Consejería de educación y juventud de la Comunidad de Madrid, además de la colaboración de determinados ayuntamientos (Nieto, 2000).

En este contexto, su ámbito de actuación se concretó en centros de educación infantil procedentes básicamente de instituciones o departamentos sin relación explícita con objetivos de carácter educativo, sino más bien asistenciales (Instituto nacional de asistencia social, ministerio de cultura y ayuntamientos). A pesar de las condiciones de las que partía, la Consejería de Educación y Cultura de la Comunidad de Madrid apostó, en el marco de la Red Pública de Escuelas de Educación Infantil y como apoyo fundamental a la misma, por el diseño y desarrollo de una concepción del asesoramiento externo.

---

Constituyen una **red de apoyo especializado estructurada en torno a la división escolar en zonas o sectores de territorio**, actuando en todos los centros de la red pública de educación infantil de la Comunidad de Madrid y en planes experimentales de actuación en unidades de 2º ciclo de educación infantil de Colegios públicos de educación infantil y primaria.

Los motivos que aconsejan esta configuración sectorial radican en que este tipo de organización facilita (Nieto, 2000):

- *La visión amplia de las necesidades educativas de la zona*
- *Permite una intervención psicopedagógica ajustada.*
- *Integración de los recursos disponibles para asegurar su máximo aprovechamiento*
- *Coordinación entre los distintos recursos educativos existentes en la zona*
- *Continuidad de la orientación que los alumnos reciben a lo largo de las diversas etapas y modalidades de su escolarización” (Nieto, 2000:60).*

La denominación de Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica designa tres tipos de equipos (EOEPs): Generales, Específicos y de Atención Temprana.

Si bien todos ellos están relacionados con la Atención Temprana. Pese a su condición de recurso externo, la actuación de los Equipos de Orientación se inserta en la estructura y en la actividad de los centros asignados.

Los **Equipos Generales**, asesoran a todos los centros educativos y a los centros de educación especial, para mejorar la atención educativa de niños con necesidades educativas especiales. Tiene carácter interdisciplinar, están formados por pedagogos, psicólogos, trabajadores sociales y logopedas. Todos estos profesionales son nombrados por el Ministerio de Educación y Cultura.

Los **Equipos Específicos** tienen por finalidad, igual que el resto de los equipos de orientación, contribuir a la mejora de la calidad de la enseñanza. No obstante se diferencian de ellos en que intervienen en todas las etapas educativas (infantil, primaria, secundaria obligatoria), desempeñan un papel complementario respecto a los otros equipos y tienen una mayor especificidad.

Están constituidos por los siguientes miembros:

- **Psicólogos o Pedagogos** (Orientador). Asumen la responsabilidad de la evaluación psicopedagógica de los alumnos que puedan necesitarla, las adaptaciones curriculares específicas para cada alumno dependiendo de sus necesidades, y la elaboración, evaluación y revisión del proyecto curricular del

centro que les asignan. Forman parte de la Comisión de Coordinación pedagógica de los centros asignados, con todas las tareas que de ello se derivan y, de forma más específica, toman parte en las sesiones en las que se evalúa la competencia curricular de los alumnos para la promoción de ciclo o para el diseño de adaptaciones curriculares

- **Trabajador social.** Se ocupan de que los centros educativos respondan a las necesidades sociales del sector correspondiente, así como de asegurar la estrecha conexión de los servicios sociales con el sistema educativo. Colaboran en la detección de factores de riesgo social y en la mediación social. Facilitan la acogida e integración de los alumnos con desventajas.
- **Maestros de Audición y Lenguaje.** Colaboran con el pedagogo y el psicólogo en la valoración e intervención de las n.e.e y prestan apoyo especializado a alumnos que presentan dificultades en la comunicación oral y escrita

En cada Equipo Psicopedagógico existe un coordinador, elegido entre sus integrantes, que mantiene relación con la administración educativa. Esta composición del equipo no es inflexible, ya que si reproducen otras necesidades, pueden añadirse al equipo otros profesionales, como pueden ser médicos, fisioterapeutas o Técnico de Servicios a la Comunidad (PSTC) que a pesar de que este perfil profesional proviene de Departamentos de Orientación de Institutos de Educación Secundaria, nos lo podemos encontrar en un EOEP.

Actualmente, estas funciones vienen reguladas por, la Resolución del 28 de julio de 2005, del Director General de Centros Docentes, por la que se establece la estructura y funciones de la orientación educativa y psicopedagógica en educación infantil, primaria y especial en la Comunidad de Madrid.

*"Los equipos de orientación educativa y psicopedagógica tienen la competencia de realizar la Evaluación Psicopedagógica del alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a condiciones personales de discapacidad, sobredotación o trastornos de la personalidad o de la conducta, la determinación de la modalidad educativa y la propuesta de escolarización que considere más adecuada, en base al conocimiento del alumno, del contexto escolar y de los recursos del actual sistema educativo" (Resolución del 28 de Julio de 2005)*

**Actualmente, en nuestro país, no existe una adecuada coordinación entre las tres administraciones (salud, educación y social) con el fin de dar una respuesta efectiva y más eficaz a todos los niños.** El mayor peso recae en la institución educativa y en los servicios sociales, no habiéndose alcanzado un



---

sistema idóneo de derivación desde el ámbito hospitalario a los servicios educativos.

Debido al carácter multidisciplinar de la AT, consideramos imprescindible establecer un sistema de coordinación interinstitucional de tal modo que favorezca la interdisciplinariedad, permita la complementariedad, globalidad y unificación del proceso de actuación sanitario, educativo, social en el proceso de detección, diagnóstico e intervención en la población 0-6 años, susceptible de AT.

Si bien disponemos de un marco legal, donde la Educación Temprana aparece como un compromiso claro y donde esta garantizado que se desarrollen las acciones necesarias. Es cierto que el desarrollo normativo posterior no ha concretado suficientemente el modo en que todas y cada una de las administraciones deben asumir la corresponsabilidad en la coordinación de los servicios y desarrollo, de forma conjunta, de los planes de actuación con todos los niños que a causa de su discapacidad presentan necesidades especiales de tipo sanitario, psicosocial y educativo (Andreu, 1997).

A lo largo del Libro Blanco de la Atención Temprana, se hace referencia a "interdisciplinariedad", "globalidad", "coordinación" y "calidad".

*"Todos estos conceptos no pueden llevarse a la práctica sin un seguimiento ni una coordinación de todas las entidades administrativas públicas y privadas implicadas en la atención del niño como sujeto central de las intervenciones y de su familia". (GAT,2005: 9)*

*"Se hace necesario un sistema que regule y arbitre las relaciones entre estas tres áreas: Sanidad, Servicios Sociales y Educación, creando un marco legislativo de carácter estatal y autonómico que establezca la coordinación y la actuación conjunta a favor de la gratuidad y universalización de los Centros de Atención Temprana en todo el territorio del Estado .La organización de la Atención temprana, por tanto, debe posibilitar: la adopción de medidas encaminadas a la prevención, la detección precoz de los riesgos de deficiencias y la intervención como proceso tendente a conseguir el máximo desarrollo físico, mental y social" (GAT, 2005: 10)*

## 5. BASES LEGALES DE LA INFANCIA Y ATENCIÓN TEMPRANA

Dentro de cualquier actividad social o profesional, el marco legal en el que se desenvuelve supone un referente básico para comprender su funcionamiento<sup>15</sup>.

Señalaremos las diferentes normas jurídicas que se establecen en el plano internacional, estatal y en la Comunidad de Madrid, ya que es en esta última donde se encuentra el objeto de nuestro estudio.

### 5. 1. Normativa Internacional

Un primer referente Internacional de la Infancia y de la Atención Temprana, puede tomarse de la **Declaración de los Derechos del Niño** proclamada por la ONU, **1959**, adaptándose los derechos universales a la infancia. Se establecen una serie de derechos que progresivamente se han ido incorporando a la legislación de los diferentes estados miembros.

En ella se establecieron diez principios entre los que destacamos el derecho a la protección, a la educación y a la igualdad, sin distinción de raza, religión o nacionalidad. Principios: II, IV, V, VI y VII.

Este primer reconocimiento genera diferentes cambios que dan lugar a un nuevo modelo de atención a la infancia y que reflejamos por **su importancia para el desarrollo y el futuro de la Atención Temprana**. Todas estas Normas Internacionales, no sólo protegen los derechos de todo ser humano menor, sino también proporcionan orientación sobre cómo se deben educar los niños.

**Tabla10: Normativa Internacional sobre la primera Infancia**

AÑOS	NORMATIVA INTERNACIONAL
1976	<b>Resolución 29/35 de la XXIX Asamblea Mundial de la Salud, mayo 1976</b> , mediante la cual se aprueba la publicación de la "Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS)" donde se establecen las definiciones de: Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía
1982	<b>Resolución 37/52 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 3 de diciembre de 1982</b> , se aprueba el " <b>Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidades</b> ", donde se establecen medidas sobre prevención, rehabilitación e igualdad de oportunidades.

<sup>15</sup> Los documentos que hemos consultado para realizar este marco legislativo son: PADI, 1999; del Real Patronato, 1999; *Legislación relativa a la política para la discapacidad* (SIIS, 1999); GAT 2000; Ponte, 2003; Retortillo y Puerta (2004);

<b>AÑOS</b>	<b>NORMATIVA INTERNACIONAL</b>
<b>1989</b>	<b>Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño:</b> aprobada en Nueva York por la Asamblea General de las Naciones Unidas el día 20 de <b>Noviembre de y ratificada por España el 30 de Noviembre de 1990</b> . Los servicios de Atención Temprana, podrían basarse en los siguientes artículos: 23.1-2-3-4, 24.1-2, 28.1
<b>1993</b>	<b>Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad</b> (Asamblea general de las Naciones Unidas, 20 de diciembre de 1993), en las que se hace nuevamente mención específica a aspectos concretos del entorno de la Atención Temprana. Especial significación el artículo 2 y 5.
<b>1994</b>	<b>Declaración de Salamanca. Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad</b> , aprobada por aclamación en la ciudad de Salamanca, España, el día 10 de Junio de 1994. Los delegados reafirman su compromiso con la Educación para todos, reconociendo la necesidad y urgencia de impartir enseñanza a todos los niños con necesidades educativas especiales dentro del sistema común de educación.
<b>1996</b>	<b>Prevención de la Discapacidad: Declaración de la Asamblea de Rehabilitación Internacional. Auckland, 1996</b> "rehabilitación internacional considera también que, siempre que fuera posible, las deficiencias deberían evitarse mediante programas de acción de tipo médico y social.
<b>2002</b>	<b>Asamblea General de las Naciones Unidas, New York 2002.</b> Se aprueba un Plan de Acción que obligaba a los Estados Partes, entre otras cosas, a aplicar políticas y programas Nacionales de desarrollo del niño en la primera infancia para promover el desarrollo físico, social, emocional, espiritual y cognitivo de los niños.
<b>2006</b>	<b>Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad, ONU, Nueva York, 14-25 de Agosto de 2006.</b> La convención asegurará que las personas con discapacidades disfruten de los mismos derechos humanos en los campos de la educación y el empleo, y que la arquitectura sea adaptada a sus necesidades.

Fuente: elaboración propia a partir del Libro Blanco de la AT (2005:49)

## 5.2. Normativa Europea

Hemos querido recoger algunas de las leyes que existen en el contexto Europeo, que también han contribuido a los cambios en las políticas relacionadas con el desarrollo de la primera infancia en nuestro país.

**Tabla 11: Normativa Europea**

<b>AÑOS</b>	<b>NORMATIVA</b>
<b>1984</b>	<b>Resolución (84) 3, del Comité de Ministros del Consejo Europeo</b> , sobre política coherente para la rehabilitación de las personas minusválidas
<b>1991</b>	<b>Manifiesto del grupo EURLY AID para una política futura de la Unión Europea.</b> Elsenborn (Bélgica)-Diciembre. Expresa la necesidad de ayuda precoz en niños con trastornos en su desarrollo, por su importancia preventiva tanto para el niño como para la familia, poniendo en marcha procesos rápidos de consultas y de orientación hacia estructuras competentes. Se señala que los padres deben quedar activamente implicados en todas las etapas de la intervención siendo necesario no solo centro de información y de documentación para todos los países de la Comunidad Europea a fin de centralizar y difundir los conocimientos y experiencias. Se establecen los principios que cada estado debe cumplir ante los servicios de Atención Temprana.
<b>1992</b>	<b>Carta Europea de los Derechos del Niño:</b> Se crea un decálogo sobre los derechos del niño

AÑOS	NORMATIVA
1996	<b>Guía Europea de Buena Práctica, Comisión Europea, hacia la igualdad de oportunidades de personas con discapacidad. Helios II.</b> Propuesta por el Consejo de Ministros de la Unión Europea, que trata de promover la integración y proporcionar la igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad. Señalan como principio de buena práctica en materia de integración educativa son 3, 4, 10.
2002	<b>Carta Europea de los Derechos Fundamentales</b> Artículo 24: Derechos del Menor Artículo 26: Integración de personas discapacitadas
2002	<b>Declaración de Madrid</b> , bajo el lema "No discriminación + Acción Positiva=Integración", reclama la flexibilidad de recursos
2002	<b>Declaración de Málaga</b> , aprobada en la 2ª Conferencia Europea de Ministros responsables de políticas de integración en discapacidad, resalta la igualdad de oportunidades
2003	En la Comunicación sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad <b>Plan de Acción Europeo</b> (COM,30.10.2003), la Comisión Europea incide en el respeto a la diversidad, la promoción de la integración social.
2006	La <b>Recomendación Rec</b> (2006) 5 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre el Plan de Acción del Consejo de Europa, promueve los derechos y la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad. El objetivo, mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2015
2007	<b>Carta de los Derechos fundamentales de la Unión Europea</b> (2007/C/303/01) establece la no discriminación (art.21) y medidas que garanticen la autonomía y la integración social. <b>Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea</b> (Reglamento 168/2007 del Consejo Europeo, de 15 de febrero de 2007) para recopilar, registrar, analizar y difundir datos y buenas prácticas.
2009	<b>Plan de Acción Europeo 2008-2009</b> (Resolución del Consejo de la UE del 17 de marzo de 2008) se crea con el fin de garantizar los derechos de los discapacitados en la sociedad europea y de dar respuesta a sus necesidades. En este plan se reitera la necesidad de estadísticas sobre discapacidad y se incita a establecer medidas de prevención y para la no discriminación

Fuente: elaboración propia a partir de Retortillo y Puerta (2004)

### 5.3. Normativa Nacional

España ha tenido un amplio desarrollo en materia de infancia y discapacidad desde la **Constitución Española, 1978**, donde se reconocen derechos fundamentales, artículos destacados Art.14, 27, 39, 49, y bajo la influencia de los planes de acción mundiales y las declaraciones internacionales,

**Tabla 12: Normativa del ámbito Sanitario**

AÑOS	NORMATIVA
1986	<b>Ley de Sanidad (LGS) 14/1986</b> , de 25 de abril. Se produce la <b>atención pediátrica, interesándose por los factores evolutivos del niño y las acciones preventivas</b> . Artículo 3.1; Artículo 6.2-3 y Artículo 18.
1986	<b>Ley orgánica 3/1986, de 14 de abril</b> . Medidas especiales en materia de salud pública, pero tampoco hay mención a la Atención Temprana. Posteriormente, el 4 de Junio de 1990 en el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se aprueba un documento sobre <b>Criterios Básicos de Salud Materno-Infantil</b> , sirvió de referencia para la elaboración e implantación progresiva del <b>programa de niño sano</b> y formulaba asuntos relativos a la <b>detección y atención precoz de las discapacidades</b> . Atención a los grupos de alto riesgo, el plan integral de salud perinatal, el plan de prevención de accidentes infantiles o la prestación del <b>consejo genético</b> .

AÑOS	NORMATIVA
1995	<b>Real Decreto 63/1995, de 20 de enero. Ordenación de prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud.</b> Reguló el <b>programa del niño sano, el examen neonatal</b> y la aplicación de procedimientos terapéuticos <b>y de rehabilitación</b> . <b>Decreto 101/1995, de 18 de abril</b> Se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento. <b>Art: 4</b>
2003	<b>Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003, de 28 de mayo</b> , incluye en la Prestación de Atención Primaria actividades preventivas y rehabilitadoras (art.12), pero no menciona expresamente la Atención Temprana. La AT puede ser introducida por cada Comunidad Autónoma, pero su establecimiento obligatorio y general en el Sistema Nacional de Salud necesitará la aprobación de su Consejo Interterritorial (art.20), lo que no se ha producido.
2003	<b>Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre</b> Resulta positivo para la Atención Temprana, en su primer estadio, la regulación de las unidades de cuidados neonatales. Se establecen las bases generales, sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Fuente: elaboración propia a partir de GAT (2000: 51)

Desde los **Servicios Sociales**, hay que destacar que la transferencia de los recursos de Atención Temprana que se gestionaban desde el INSERSO, viven un proceso de transferencia hacia las Comunidades Autónomas que se ha prolongado cerca de 17 años. No es exagerado plantear que esta circunstancia ha contribuido a que cada Comunidad Autónoma, con sus criterios y su ritmo, haya generado un nuevo goteo de normativa sobre Atención Temprana.

**Tabla 13: Normativa del ámbito Servicios Sociales**

AÑOS	NORMATIVA
1982	<b>Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) 13/1982</b> , de 7 de abril Ordena la integración de los minusválidos en todos los ámbitos y además enmarca especialmente en el capítulo III la prevención de las minusvalías, <b>Artículos 8 y 9. Art. 9.1:</b> Referido al Plan Nacional de Prevención de Minusvalías <b>se concederá especial importancia a los servicios de orientación y planificación familiar</b> , consejo genético, atención prenatal y perinatal, detección y diagnóstico precoz y asistencia pediátrica. <b>Artículos.18, 19, 22.1, 22.2, 49. Artículos. 52.1-2: orientación familiar</b>
1996	<b>Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor 1/1996</b> , de 15 de enero Ratifica la aplicación de los tratados Internacionales y Convención de Derechos del Niño, sin discriminación alguna por deficiencia o enfermedad (Art. 3.1) Modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil <b>Artículos: 1, 3, 11, 17, (actuaciones en situación de riesgo), 21.</b>
1999	<b>Ley 39/1999, de protección social de las familias con menores discapacitados</b> Cuidado, adopción y acogimiento de menores de seis años, sin hacer mención a ser discapacitado o no. Contempla, en las ayudas familiares, el tener un hijo menor con discapacidad. <b>Real Decreto 1971/1999</b> , de 23 de Diciembre Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía <b>Ley 39/1999, de la Conciliación de la Vida familiar y Laboral en las personas trabajadoras.</b> Establece nuevos derechos de manera universal referidos al cuidado, adopción y acogimiento de menores de 6 años,
2001	<b>Plan Integral de Apoyo a la Familia 2001-2004</b> En el que se reconoce que la <b>familia es una institución básica de la sociedad</b> . Se centra en: política fiscal y de rentas, mejora de las prestaciones de seguridad social por hijo a cargo, conciliación de la vida familiar y la vida laboral, política de vivienda, fomento de la participación social, acceso a la cultura y nuevas tecnologías de las familias, revisión del derecho de familia desarrollo de servicios de medicación familiar y apoyo a las familias en situaciones especiales, y nueva ley de protección a las familias numerosas.

AÑOS	NORMATIVA
2003	<b>II Plan de Acción para personas con Discapacidad (2003-2007).</b> Recoge medidas específicas para el desarrollo de la Atención Temprana. Vincula la mayor parte de las medidas al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
2003	<b>Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.</b> Esta Ley ampliará y complementará la ley de integración social de los minusválidos (LISMI) de 1982. Se contempla la complementariedad del capítulo III de la LISMI sobre prevención para, por un lado actualizar y reordenar, de manera coherente, las <b>políticas de prevención</b> y por otra materializar el compromiso de la sociedad española con la infancia con discapacidad y su familia. Capítulo III. Artículo. 15.1

Fuente: elaboración propia a partir de GAT (2005: 53)

Por lo que se refiere a la **legislación del ámbito Educativo** relacionado con las edades tempranas, las sucesivas leyes han sido un instrumento clave en el desarrollo de la Atención Temprana y en el desarrollo del sistema educativo en general, las aportaciones e iniciativas que añaden cada una de ellas, han conseguido llegar a una escolarización temprana y a una escuela para todos los niños.

**Tabla14: Desarrollo normativo del Ministerio de Educación (1985- 1996)**

AÑOS	NORMATIVA
1985	<b>Ley Orgánica 1/1985, de 3 de octubre, del Derecho a la Educación (LODE).</b> Destacar de esta Ley el principio de participación, Art. 27.7
1985	<b>Real Decreto 334/1985, de 6 de Marzo, de ordenación de la Educación Especial</b> Capítulo I, de la Educación especial. <u>Artículos: 2.</u> Capítulo II, del inicio y escolarización de la educación especial. <u>Artículos: 5º- 1,2.</u> Capítulo III, de los apoyos y adaptaciones de la Educación Especial. <u>Artículos:13</u>
1990	<b>Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del sistema educativo (LOGSE).</b> La actividad educativa se desarrollará atendiendo a los principios de <b>participación y colaboración de los padres y la atención psicopedagógica y la orientación educativa.</b> Artículos: 36.1-2-3-4, 37.2-3-4
1991	<b>Real Decreto 1330/1991</b> de 6 de Septiembre Por el que se establecen los <b>aspectos Básicos del Currículo de la Educación Infantil.</b>
1992	<b>Orden, de 12 de noviembre de 1992, sobre evaluación en Educación Infantil</b> Concreta los aspectos formales y documentales del proceso de evaluación. Obligatoriedad, de la necesidad de llevar a cabo procesos evaluadores continuos, reflexivos y planificados a lo largo de la etapa
1992	<b>Orden, de 9 de Diciembre de 1992,</b> del Ministerio de Educación y Ciencia Se regulan la <b>estructura y funciones de los EOEPS.</b> Son <b>funciones generales de los equipos:</b> elaborar, adaptar y difundir materiales e <b>instrumentos de orientación educativa e intervención psicopedagógica</b> que sean de utilidad a los profesores, atender a las demandas de <b>evaluación psicopedagógica</b> de los alumnos que la necesiten y proponer la modalidad de escolarización más conveniente para ellos y colaborar en el desarrollo de <b>programas formativos de padres de alumnos</b>

AÑOS	NORMATIVA
1996	<b>Real Decreto 82/1996</b> , de 26 de enero, se aprueba el <b>Reglamento Orgánico de las Escuelas de Educación Infantil</b> y de los Colegios de educación Primaria Establece la <b>participación de los orientadores</b> psicopedagógicos en las <b>Comisiones de Coordinación Pedagógica</b> de las Escuelas Infantiles
1996	<b>Real Decreto</b> , 299/1996, de 28 de febrero, <b>de ordenación de las acciones para compensación de desigualdades</b> Regula medidas que permiten prevenir y compensar las desigualdades en educación derivadas de factores sociales, económicos, culturales o de cualquier otro tipo. Entre otras, <b>fomento de la escolarización temprana</b> en colaboración con otras entidades
1996	<b>Orden</b> , de 14 de febrero de 1996, <b>sobre evaluación de los alumnos con n.e.e</b> <b>Ningún alumno con n.e.e</b> podrá ser <b>excluido</b> de la posibilidad de <b>escolarización</b> . <b>Normalización e integración</b> escolar. Escolarización tan pronto como sea posible. Propuesta de escolarización basada en <b>evaluación psicopedagógica de necesidades</b> . Participación de padres y madres en el proceso. Carácter reversible de las decisiones.
1996	<b>Resolución</b> , 30 de abril de 1996, de la dirección general de Renovación pedagógica, por la que se dictan <b>instrucciones sobre el funcionamiento de los EOEP</b> . Explicita funciones dirigidas a promover el acercamiento y la <b>cooperación entre centros educativos y familias</b> para potenciar la relación, la comunicación y el intercambio, implicar a las familias en el centro educativo, apoyarlas y contribuir a su formación por su responsabilidad directa en la educación de sus hijos. Participarán en tareas de formación, información y orientación familiar colaborando, además en la detección de indicadores de riesgo. Queda patente la responsabilidad de estos equipos en las orientaciones a padres.

Fuente: elaboración propia a partir de la legislación

**Tabla 15: Desarrollo normativo del Ministerio de Educación (2000- 2010)**

AÑOS	NORMATIVA
2002	<b>Orden</b> 235/2002, de 7 de febrero Se constituye el foro para la <b>atención educativa a personas con discapacidad</b> y se establecen sus competencias, estructura y régimen de funcionamiento. Establece un mecanismo de comunicación directa entre el sistema educativo y las asociaciones representativas de las personas con discapacidad.
2002	<b>Ley Orgánica</b> 10/2002, de 23 de diciembre, <b>de calidad de la educación (L.O.C.E.)</b> Artículos Capítulo VII, sección 4º, del 44 al 48
2003	<b>Real Decreto</b> 828/2003, de 27 de junio Se establecen los aspectos básicos en Ed.preescolar y las enseñanzas comunes de la Educación Infantil
2006	<b>Ley Orgánica</b> 27/2006, de 3 de mayo, <b>de educación (L.O.E)</b> En el ámbito concreto de la Educación Infantil, recupera los planteamientos educativos de la LOGSE, y las oportunidades para la Atención Temprana del alumno con n.e.e
2008	<b>Real Decreto</b> 1630/2006, de 29 de diciembre Se establecen las enseñanzas mínimas del segundo ciclo de Educación Infantil
2008	<b>Orden</b> 734/2008, de 5 de marzo, de <b>evaluación en Educación infantil</b> . En la Educación infantil, la <b>evaluación será global, continua y formativa</b> . Identificar los aprendizajes y el ritmo y características de la evolución de cada niño o niña. Los criterios de evaluación se utilizarán como referente para la identificación de las posibilidades y dificultades de cada niño y para observar su proceso de desarrollo y los aprendizajes adquiridos. Las consideraciones derivadas del proceso de evaluación deberán ser comunicadas de manera periódica a las familias para hacerlas copartícipes del proceso educativo de sus hijos.

Fuente: elaboración propia a partir de la legislación

## 5. 4. Normativa Autonómica de la CAM

**Tabla16: Normativa de la Comunidad de Madrid**

<b>INFANCIA</b>	<p>* <b>Ley 6/1995</b>, de 28 de Marzo, de <b>Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia</b> (BOCM, 7-4-95). Artículos: 3, 8, 11,14, 25, 43:1 y 2. Regula la actuación de las Instituciones de la CAM para prestar atención e integración social a los menores, favoreciendo su desarrollo y sus intereses</p> <p>* <b>Ley 5/1996</b>, de 8 de Julio, del <b>Defensor del Menor</b> en la Comunidad de Madrid</p> <p>* <b>Ley 2/1996 de Creación del Organismo Autónomo Instituto Madrileño del Menor y la Familia.</b></p> <p>* <b>Ley 18/1999 reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia</b> de la CAM</p>
<b>SERVICIOS SOCIALES</b>	<p>* <b>Ley 11/1984</b>, de 6 de Junio, de <b>Servicios Sociales</b> (BOCM, 23-6-84) Desarrolla principios básicos que deben estar presentes y orientar cualquier actividad e iniciativa, tanto en el área de Servicios Sociales Especializados (familia, infancia, minusválías).</p> <p>* <b>Ley 2/1995 de Subvenciones</b> de la Comunidad de Madrid.</p> <p>* <b>Ley 2/1996</b>, de 24 de Junio, <b>creación del Organismo Autónomo Inst.Madrileño del Menor y la Familia (IMMF)</b>. Tiene por objetivo la promoción del desarrollo de políticas de igualdad y bienestar dirigidas a los menores y sus familias, favoreciendo el reconocimiento y respeto social de sus intereses.</p> <p>* <b>Ley 18/1999</b>, de 29 de abril, reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid</p> <p>* <b>Ley 11/2003</b>, de 27 de Marzo, de <b>Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid</b> (BOCM,14-4-03)</p> <p>* <b>Ley 1/2007 de Mediación Familiar</b> de la Comunidad de Madrid.</p> <p>* Plan de Acción para personas con discapacidad en la CAM (1997-2002)</p> <p>* <b>Plan de Acción para Personas con Discapacidad</b> de 2005-2008. Asigna funciones a las distintas consejerías en el campo de la <b>Atención Temprana</b>, responsabilidad principal en el área de servicios sociales y en los centros de AT y enuncia la necesidad de mecanismos de <b>coordinación</b>.</p> <p>* <b>III Plan de Acción para las personas con discapacidad (2009-2012)</b></p> <p>* <b>Propuesta para el desarrollo normativo de la AT en la CAM (2006)</b>: todavía carece de rango legal, pero hace aportaciones como la creación de un organismo institucional que regule las competencias, responsabilidades y la coordinación de las tres consejerías implicadas en la AT través de un marco jurídico de rango superior que regule la AT.</p>
<b>SANIDAD</b>	<p>* <b>Ley 9/1984</b> de, 30 de Mayo, de <b>creación de los Servicios Regionales de Salud y Bienestar Social</b> y del Instituto Regional de Estudios de Salud y Bienestar Social de la Comunidad de Madrid</p> <p>* <b>Ley 12/2001</b>, de 21 de diciembre, de <b>Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid</b> (BOCM, 26-12-2001) establece en su artículo 55.2 la elaboración del Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid</p>
<b>FAMILIA</b>	<p>* <b>Ley 4/2003</b>, de 18 de noviembre, de <b>Protección a las Familias Numerosas</b></p> <p>* <b>Ley 1/2007</b>, de 21 de febrero, de <b>Mediación Familiar</b> de la Comunidad de Madrid</p>
<b>EDUCACIÓN</b>	<p>* <b>Orden 918/1992</b>, de 1 de diciembre, Normas en relación al <b>programa de prevención de Minusválías</b> (BOCM, 15-12-1992) * * <b>Decreto 60/2000</b>, de 6 de abril, por el que se crean, se suprimen y se cambia la titularidad de Escuelas de Educación Infantil de 1º y 2º ciclo de la Comunidad de Madrid y se <b>establece la capacidad máxima de alumnos por aula</b></p> <p>* <b>Decreto 271/2000</b>, de 21 de diciembre, del Consejo de Gobierno por el que <b>se regula el régimen jurídico básico del servicio público de atención a personas con discapacidad psíquica</b>, afectadas de retraso mental (BOCM, 12-1-2001)</p> <p>* <b>Orden 2879/2004</b>, de 23 de julio, por la que se establecen los <b>requisitos mínimos de los centros</b> que imparten el <b>primer ciclo de Educación Infantil Infantil</b></p> <p>* <b>Orden 2057/2005</b> de 12 de abril, <b>sobre admisión de alumnos en los centros</b> sostenidos con fondos públicos que imparten 1º ciclo de ed.infantil para el curso escolar 2005/2006 (y a las correspondientes casas de niños)</p>



	<p>* <b>Decreto</b> 17/2008, de 6 de marzo, se concreta las <b>enseñanzas mínimas de Educación Infantil</b> de la LOE para la Comunidad de Madrid.</p> <p>* <b>Decreto</b> 18/2008, de 6 de marzo, se establecen los <b>requisitos mínimos de los centros que imparten primer ciclo de Ed.Infantil</b> de la Comunidad de Madrid .</p> <p>* <b>Orden</b> 680/2009, de 19 Abril, se establece los <b>criterios de la evaluación para el 2º ciclo de educación infantil</b>.</p> <p>* <b>Orden</b>, 19 de febrero, <b>de 2009</b>, de <b>evaluación en Educación</b></p>
--	--

Fuente: elaboración propia a partir de la legislación

## 6. ATENCIÓN TEMPRANA EN LA C.A.M

Por ser en nuestra comunidad donde vamos a tomar la muestra de nuestra investigación, hemos considerado importante abrir un capítulo específico sobre la Atención Temprana, que desglosaremos a continuación.

### 6. 1 Incidencia y prevalencia

*El número de niños que se identifican con una nee en Europa varía entre un 2% y un 12% de la población total de niños, en función de si se consideran dificultades de orden familiar, social o educativas (AEDEE, 2005)*

El *Estudio Demográfico de la CAM* (2003) delimitó la cifra de 6.308 niños con DD, de los cuales, en ese mismo año sólo 1.797 recibieron atención en los Centros de AT de la CAM. Esto quiere decir que tan sólo el 23% de los niños que precisaron AT la recibieron.

Actualmente, el *Instituto Madrileño de Estadística* en su último estudio sobre personas con discapacidad en el año 2006, 3.373 niños de 0 a 5 años tienen discapacidad lo que supone un 2,3 % de la población<sup>16</sup>.

En el caso de las estadísticas educativas, en el año 2003 la Administración Educativa informaba de un 3,7 % de niños con necesidades educativas especiales. Por el contrario, las estadísticas de servicios sociales no superan el 2% puesto que basan sus estadísticas en los niños que alcanzan un 33% de minusvalía.

En número de alumnos con necesidades educativas especiales en la etapa de Educación Infantil, es de 11.456 (9%), según datos del curso 2001/2002

<sup>16</sup> <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/sociales/estructudisca.htm>

(Sistema Estatal de Indicadores de la Educación, Instituto Nacional de Evaluación y Calidad del Sistema Educativo, 2004).

Datos más recientes del MEC (2007) señalan que un 21% del alumnado total que presenta nee se encuentra en la etapa de Educación Infantil, siendo Madrid la Comunidad Autónoma que más alumnos con nee tiene integrados en estos centros (MEC,2007).

**Por CCAA la mayor escolarización media en Educación Infantil**, corresponde al País Vasco, Cataluña, Aragón, Madrid, Navarra y Galicia (datos para el curso 2005/06 proporcionados por el Instituto de Evaluación del MEC, 2007)

Además de la normativa antes descrita, la Comunidad de Madrid cuenta con Planes de Acción para las Personas con Discapacidad que han abordado, en mayor o menor medida, la cuestión de la atención a la infancia con dificultades en el desarrollo.

En el ***I Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid (1997/2002)*** es fruto del desarrollo de diferentes normas tanto a nivel internacional ("*Normas Uniformes*" y *Plan de Acción en materia de discapacidad de la ONU*, 1984) como estatal (*I Plan de Acción para personas con discapacidad*, 1985). El Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid elaboró este Plan a través de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Durante su desarrollo, contó con la presencia y las aportaciones técnicas de todas las Consejerías implicadas, entidades asociativas del sector y la Administración Central

Se pone de manifiesto que entre el 2% y el 3% de los niños presentan graves deficiencias al nacimiento, y que del 6% al 8% de los niños menores de 6 años presenta déficit o problemas importantes que van a condicionar el proceso normal de su desarrollo. Esto supone para la Comunidad de Madrid, que cada año nacen en torno a 100 niños con algún tipo de deficiencia y, que en el tramo de edad comprendido entre el nacimiento y los seis años, más de 17.000 niños tienen comprometida su maduración y progreso evolutivo por diversas alteraciones y problemas en el desarrollo.

El Plan de Acción está estructurado en las áreas de intervención consideradas de especial relevancia para la plena integración social de las personas con discapacidad. La primera de las áreas se denomina **Promoción de la Salud y Prevención de las Deficiencias**, y se dirige a la acción preventiva integral en os

---

niveles individual, médico y social. Dos programas de esta área están destinados a favorecer la atención a la mujer de cara a la prevención, detección y atención a las deficiencias, del mismo modo que contribuye a la detección y atención temprana del niño con deficiencia o con riesgo de padecerla:

- El primer programa, **Salud Materno-Infantil y prevención de deficiencias perinatales**, tiene por objeto disminuir el número de embarazos de riesgo y potenciar la atención a la mujer en edad fértil, embarazo, parto y puerperio.
- El segundo programa, **Detección y Atención Temprana**, tiene por objetivo el seguimiento durante los primeros años de la vida, con especial incidencia en los grupos de riesgo.

Una vez finalizado el primer Plan de Acción para las Personas con Discapacidad de la CAM, se elaboró el **II Plan de Acción para las Personas con Discapacidad de la CAM (2005-2008)** para seguir mejorando los recursos de atención para las personas con discapacidad, incorporando las últimas directrices de los diferentes organismos internacionales así como los avances logrados.

Este Plan contempla un *programa específico de Atención Temprana* en las tres áreas pertenecientes a las principales administraciones con competencias en la infancia: Consejería de Familia y Asuntos Sociales, Consejería de Educación y Consejería de Sanidad y Consumo. Estos programas son: *Programa de Atención Temprana en el Área de Apoyo Social, Programa de Atención Temprana del Área de Educación y Programa de Prevención y Atención Temprana del Área de Sanidad*.

En la actualidad se ha puesto en marcha el **III Plan de Acción para las personas con Discapacidad (2009-2012)**, que contiene objetivos y actuaciones en investigación, información y cooperación y hace un llamamiento especial para incorporar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres con discapacidad, así como la atención a menores y jóvenes con discapacidad. Su objetivo es la promoción de la autonomía para que las personas con discapacidad se beneficien de todas las políticas en igualdad de oportunidades, reconociendo la discapacidad como un componente de la diversidad humana. Incorpora los principios y medidas del Plan de Mujer con discapacidad, con el fin de tratar la discapacidad con análisis de género.

La *Comisión de Atención a la Infancia y Discapacidad* (2010) está desarrollando las bases para abordar la creación de la zona Suroeste de Coordinación de la AT en la

Comunidad de Madrid, así como un documento sobre propuestas de formación en Atención Temprana en la CAM y propuestas de nueva codificación y explotación del Sistema Información Discapacidades (SIDIS).

## 6. 2. Instituciones e iniciativas vinculadas a la AT

La Comunidad de Madrid cuenta con una serie de instituciones que velan por la prevención y atención a la primera infancia de riesgo.

**Tabla 17: Instituciones en la CAM**

<b>REAL PATRONATO SOBRE DISCAPACIDAD</b>	<p>De ámbito estatal, con sede en nuestra Comunidad. Es una de las principales instituciones que vela por la prevención y la atención de las deficiencias. Creado por Decreto 1023/1976, de 9 de abril, el entonces Real Patronato de Educación Especial, contribuyó de forma decisiva al nacimiento de las primeras medidas encaminadas a la prevención y la atención de las deficiencias.</p> <p>Posee uno de los Centros de documentación sobre discapacidad más importante. Uno de sus <b>principales objetivos ha sido la prevención de las deficiencias</b>, labor que ha materializado mediante una importante actividad de investigación, publicación, reuniones, encuestas, acciones divulgativas, formativas...</p>
<b>INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERSO)</b>	<p>La resolución de 27 de enero de 1981, de la Dirección General del IMSERSO, por la que se aprueba el plan de prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales, constituye el punto de partida de los servicios entonces denominados de <i>estimulación precoz</i>.</p> <p>De ámbito estatal, el actual IMSERSO se ocupa de la provisión directa de la Atención Temprana a través de sus Centros Base de Valoración e Intervención.</p>
<b>INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA</b>	<p>Se trata de un organismo autónomo, creado por la Ley 2/1996, de 24 de junio. En el marco del IMMF, se encuentra el Consejo de Atención a la Infancia y a la Adolescencia, que tiene por <b>objetivos</b> los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Impulsar la coordinación entre las diferentes administraciones y ámbitos funcionales (servicios sociales, salud y educación) que actúan en el campo de la infancia.</li><li>- Incrementar y consolidar la participación de la iniciativa social en los servicios orientados a la infancia.</li><li>- Fomentar la participación de los niños y adolescentes, facilitando un cauce institucional adaptado a sus circunstancias</li></ul>
<b>DEFENSOR DEL MENOR DE LA C.A.M</b>	<p>Es el alto comisionado de la Asamblea de Madrid para salvaguardar los derechos de los menores de edad. <b>Competencias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Supervisar la acción de las ad. Públicas de la CAM y de cuantas entidades privadas presten servicios a la infancia y adolescencia con el fin de salvaguardar sus derechos.</li><li>- Divulgar los derechos de la Infancia y Adolescencia</li><li>- Recibir y tramitar las quejas que preste cualquier ciudadano de amenaza o vulneración de los derechos del niño.</li></ul>

Fuente: elaboración propia a partir de IMMF (On-line, 2009)

Tras el desarrollo de las anteriores medidas, asistimos en la década de los 80 y principio de los 90 a importantes iniciativas, esta vez, por parte de profesionales que van a tratar de forma específica la respuesta organizativa de la AT.

---

En el año 1993 se constituye el **Grupo PADI** formado por profesionales de las administraciones de los ámbitos de intervención (educación, sanidad y servicios sociales) y del movimiento asociativo. El objetivo inicial pretendía unificar los términos, armonizar las competencias propias de cada institución y establecer espacios de coordinación.

En el marco de la actividad de este grupo, surgió la necesidad de consensuar un modelo de AT de calidad elaborando el primer documento en materia de calidad y AT *Criterios de calidad en Centros de Atención Temprana* (1996). A partir de este documento surgirán otros modelos de calidad que contemplarán esta temática: *Manual de Buenas Prácticas en Atención Temprana* (FEAPS, 2001) y *Guía de estándares de calidad en Atención Temprana* (IMSERSO, 2004)

En el año 2002 el grupo PADI se convierte en la *Comisión de Atención a la Infancia y Adolescencia con discapacidad del Consejo de Atención a la Infancia y a la Adolescencia de la Comunidad de Madrid*. Esta formación realiza en 2005 una apuesta para implementar los objetivos del Plan de Acción para personas con Discapacidad de la Comunidad Autónoma de Madrid 2005-2008 que supone la intervención en los tres sectores donde se crearán Comisiones de Coordinación de Atención Temprana, plasmándose en el *Programa macro de coordinación interinstitucional en Atención Temprana en la Comunidad de Madrid*.

Para el cumplimiento de este Plan de Acción en materia de coordinación es necesario llevar a cabo las siguientes actuaciones propuestas por la *Comisión de Atención a la Infancia y Adolescencia con Discapacidad de la Comunidad de Madrid* <sup>17</sup> en su documento *Propuesta Oficial de Ley Atención Temprana de la CAM*.

En el entorno de las Reuniones Interdisciplinarias sobre Poblaciones de Riesgo de Deficiencias surge la inquietud, entre distintos profesionales, de crear un **Grupo Estatal de AT (GAT)**. La principal realización del GAT fue la publicación, en el año 2000, del *Libro Blanco de Atención Temprana*. Posteriormente, el GAT se constituye como *Federación de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana* (2002), la cual representa, a través de las asociaciones autonómicas, a los profesionales que trabajan en este campo a nivel estatal e internacional (Arizcun, 2004)

En el ámbito médico, en 1987 se promueve el **Grupo de Estudios Neonatológicos de la Comunidad de Madrid (GENMA)** que estudió los

---

<sup>17</sup> El *Consejo de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid* está regulado por la Ley 18/1999, de 29 de abril (BOCM nº 108, de 19 de mayo de 1999)

problemas de la asistencia médica perinatal a partir de indicadores de mortalidad, morbilidad y secuelas.

En 1991, se crea el **Grupo de Estudios Neonatológicos y Servicios de Intervención: GENYSI**, poniendo en marcha una Reunión Anual Interdisciplinaria sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias <sup>18</sup>.

Estos encuentros científicos, de carácter interdisciplinar y con una proyección internacional, han constituido el punto de encuentro de los profesionales más relevantes en el campo de la AT, tanto a nivel nacional como internacional, generando también numerosas publicaciones.

### **6. 3. Servicios y recursos de Atención a la Infancia en la Comunidad de Madrid**

La estructura administrativa de la Comunidad de Madrid delimita tres entornos con competencias para la atención a la población infantil con DD o Atención Temprana.

#### **6. 3. 1. Servicios Sanitarios**

La Comunidad de Madrid cuenta con una red de *31 Hospitales Públicos* que prestan servicios de neonatología, cuidados intensivos neonatales, pediatría, ginecología, obstetricia, neuropediatría y rehabilitación infantil. Cinco de estos hospitales son de referencia, donde se produce la mayoría de los nacimientos de riesgo y programas de seguimiento. Uno de los primeros hospitales en desarrollar programas de seguimiento y atención a niños de alto riesgo fue el *Hospital Clínico San Carlos* que en la actualidad sigue siendo el único que incorpora la figura de un pedagogo/psicólogo especialista en AT en el servicio de Neonatología.

El programa de seguimiento de Niños de Alto Riesgo Biológico y el programa de Detección de Riesgo Social en Neonatología<sup>19</sup> pueden ser considerados pioneros en el ámbito de las DD en la infancia.

Recientemente dos de los hospitales de la CAM, Hospital Clínico San Carlos y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, han pasado a formar parte del

---

<sup>18</sup> En relación con la proyección exterior de las actuaciones de GENYSI, se planteó también la creación de una página web, [www.genysi.es](http://www.genysi.es) que en la actualidad viene funcionando como un recurso especializado en este campo.

<sup>19</sup> Ambos programas pueden ser consultados en la dirección <http://paidos.rediris.es/genysi/framsegra.htm>

---

*Proyecto Hera*<sup>20</sup>, una iniciativa nacional que persigue mejorar la calidad de la atención neonatal por medio del cuidado centrado en el desarrollo y la atención familiar

La Comunidad de Madrid cuenta con una red de *Centros de Atención Primaria* (129 sólo en la localidad de Madrid, sin contar otros municipios) y *Centros de Salud Mental* (53 centros) distribuidos en las once áreas en que se divide la administración sanitaria (Consejería de Sanidad de la CAM, 2009:On-line)

En la Comunidad de Madrid, a lo largo del año 2008, hubo 78.665 nacimientos. La Organización Mundial de la Salud (2008) señala que está aumentando la tasa de bebés que requieren tratamientos de Atención Temprana como consecuencia de dos factores: por un lado, están aumentando las cifras de niños prematuros, cuyo frecuente bajo peso es un factor de riesgo de discapacidad y, en segundo lugar, el perfeccionamiento de la asistencia sanitaria neonatal que hace que estos niños de riesgo sobrevivan a las complicaciones, gracias a la calidad de nuestro sistema nacional de salud.

### **6.3. 2. Servicios Educativos**

Desde el año 1984, la Comunidad de Madrid cuenta con una *Red Pública de Escuelas Infantiles*. Cuenta, a fecha de 15 de marzo de 2010, con 2679 centros de Educación Infantil, 1211 son públicos (CEIP y EI) y 1466 son centros privados de Educación Infantil (499 son centros privados-concertados). Se registran 408 EI y Casas de Niños.

Para **atender las DD del desarrollo infantil de forma específica**, el **ámbito educativo** cuenta con una red de *24 Equipos de Atención Temprana*<sup>21</sup>, desde sus funciones de apoyo externo en materia de orientación educativa e intervención psicopedagógica, los equipos contribuyen a la definición, desarrollo y evaluación de los proyectos educativos diseñados y llevados a efecto por las escuelas infantiles y casas de niños de la reseñada red de centros y *4 Equipos Específicos* para cada tipo de discapacidad (alteraciones graves del desarrollo y autismo, deficiencia auditiva, deficiencia visual y deficiencia motórica).

En aquellos centros en los que el segundo ciclo de Educación Infantil se integra en centros de Educación Primaria la atención es prestada por los Equipos de Orientación Educativa y psicopedagógica, lo cual podría ser una contradicción

---

<sup>20</sup> El *Proyecto Hera* puede consultarse en el sitio web: <http://www.proyectohera.com/index.html#>

<sup>21</sup> [www.madrid.org/eoep.htm](http://www.madrid.org/eoep.htm)

puesto que se entiende que los equipos especializados son los de Atención Temprana. Los Equipos **de Atención Temprana constituyen, en la actualidad, un elemento básico en el desarrollo de la Red de Centros de educación Infantil de la Comunidad de Madrid.**

La **Comunidad de Madrid**, competente en materia de educación le corresponde, establecer las normas que, respetando las competencias estatales, desarrollen los aspectos que han de ser de aplicación en su ámbito territorial. Así, los contenidos educativos para las enseñanzas de la Educación Infantil, quedan establecidos en el Decreto 17/2008, de 6 de marzo.

En Madrid la Consejería de Educación se divide en cinco subdirecciones territoriales o áreas educativas, que corresponden con su localización geográfica en la comunidad (Centro, Norte, Sur, Este y Oeste).

### **6. 3. 3. Servicios Sociales**

La Comunidad de Madrid tiene una red de 9 Centros Base que son los encargados de realizar los certificados oficiales de minusvalía y en algunos casos, realizan tratamientos de AT. De entre esos nueve solo cuatro tienen servicio de Atención Temprana.

Entendemos que una de las principales funciones de los Centros Base sea la expedición de los certificados de minusvalía y menos el área de tratamiento. Este certificado permitirá a las personas con discapacidad acceder a los múltiples recursos que ofrece la Comunidad.

Nos planteamos una duda razonable sobre la adecuación de hacer calificación de minusvalía a niños por debajo de 6 años, ya que el proceso madurativo de muchos niños no ha concluido y a lo largo de su maduración se pueden compensar las diferencias con su población de referencia, sobre todo a partir de realizar con ellos programas de atención especializada.

La Atención Temprana queda diluida, es decir, hemos pasado de la atención/tratamiento a la certificación de la valoración/orientación. Consideramos que debería hacerse más hincapié en el área de tratamientos, sobre todo relacionado con la intervención Temprana, ya que esta última puede paliar el mismo grado de minusvalía e incluso en algunos casos normalizarla.

Además de los Centros Base, a través del *Instituto Madrileño del Menor y la Familia*, desde 1995 (con anterioridad se subvencionaban desde la Dirección



General de Servicios Sociales) se conciertan o subvencionan los **CAT (Centros de Atención Temprana)** que en la actualidad ascienden a **29 centros** distribuidos por la Comunidad. En el año 2000, se inició la contratación de las plazas de la iniciativa social, todo ello con el objetivo de consolidar y completar la red de recursos, ofreciendo una misma atención, con criterios de calidad y de zonificación, según se establecía en el I Plan de Acción de Atención a Personas con Discapacidad (1999-2002).

El II Plan de Atención a la Infancia y la Adolescencia (2002-2006) señala, así mismo como una de sus actuaciones, el continuar con la contratación de los centros subvencionados que reúnan los requisitos establecidos al efecto, mediante contrato de Gestión de Servicio Público.

En el III Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid 2005-2008, se establece, como uno de los objetivos de la Atención Temprana, el garantizar la prestación de este servicio mediante la creación y reconversión de plazas públicas.

**Tabla 18: Evolución de centros concertados de atención Temprana 2000-2007**

		2000	2001	2002	2005	2006	2007
<b>CONTRATO</b>	<b>ENTIDADES</b>	13	15	16	19	26	29
	<b>PLAZAS</b>	1061	1196	1.415	1568	1947	2082

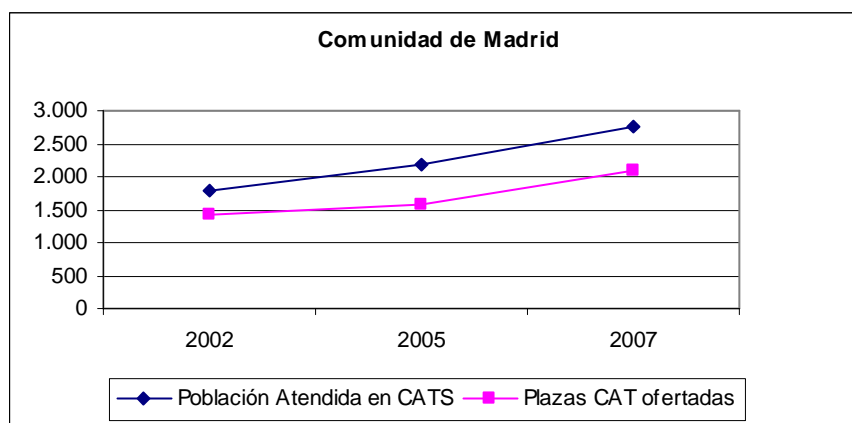
Fuente: Informe Consejería de Servicios Sociales CAM, 2007.

Observamos que, siguiendo las líneas de actuación para la Infancia y la Discapacidad, al finalizar el año 2.007 se cuenta con un total de 29 centros contratados que disponen un total de 2.082 plazas (de las cuales 25 son domiciliarias).

Las plazas de AT ofertadas pasan de 1.415 en el 2002 a 1.568 en el 2005. Se incrementan en 153 lo que equivale a un 10%. Estas plazas se distribuyeron en contratadas y subvencionadas, con 68,6% y 31,4% respectivamente. Tres años más tarde, en 2005, se reparten en 76,3% y 23,7%, es decir, se produce un incremento del 11,2% de plazas contratadas, lo que supone un descenso del 24,5% en las subvencionadas.

Con el objetivo de precisar el valor de la presión demográfica, dividimos el número de niños con limitaciones entre el número de plazas ofertadas: supuso un

5.25 en el 2002 mientras que se incrementó en un 5.5 en el año 2005. Con estas cifras demostramos que el incremento del número de plazas ofertadas durante estos años no atiende las necesidades.



**Gráfico nº 2: Población atendida en los CATs**

*Fuente: Memoria de los CATs (2007)*

El número de niños atendidos en los CATs de la CAM pasa de 1.797, en el 2002, a 2.192 en el 2005, a pesar de este aumento, quedan sin plaza aproximadamente un 75%. Estos datos desvelan que una parte de las necesidades de la infancia temprana no están siendo cubiertas.

En el *Estudio de la Actividad de los CATs*, presentado por la Comisión de Discapacidad (2008) realizado a partir de las Memorias del IMMF, se alerta sobre:

- Un aumento de niños con limitaciones atendidos en los CATs sobre un porcentaje del 2,24%.
- Una edad de ingreso tardía, un 44,8% ingresan en el CATs con una edad entre los 2 y 4 años y casi un 5% con 5 años o más.
- Una mejorable distribución de los CATs según localización geográfica, el mayor número de plazas, más de la cuarta parte de los centros de Atención Temprana, están en el área Madrid-capital (53%), seguido del mayor número en el área Sur y Este. La zona más desfavorecida es el área Norte.

- 
- La problemática predominante que presentan los niños atendidos en los CATs de la CAM corresponde a Retraso Madurativo y Psicomotor, con un 37% y 25% respectivamente.
  - Respecto a los tratamientos más frecuentes que, dentro de los CATs reciben los niños, es fisioterapia y estimulación precoz(29%), seguida de estimulación-logopedia-psicomotricidad (14%) y estimulación-logopedia (11%). Por tanto el 94% de los usuarios realizan entre 2 y 3 sesiones.
  - Un 53% de los niños atendidos en los CATs son derivados por servicios sanitarios, sobre todo en los 2 primeros años de vida y, un 28% por servicios educativos, sobre todo en el segundo ciclo de educación infantil, de 3 a 6 años. Nos anima conocer que desde los Servicios Sanitarios se produce el mayor porcentaje de derivación a los CATs. Sólo el 6% son las familias, quienes detectan y acuden a los Centros de Atención Temprana.

Sobre estos centros está recayendo el peso de las intervenciones. Entendemos que los CATs son quienes prestan atención directa a la familia, proporcionando a ésta información, asesoramiento y apoyo pero en el estudio de las memorias desde el año 2003 hasta el 2008, sobre Centros de Atención Temprana, no hacen referencia a ningún dato de estas actividades. Solo encontramos datos respecto al nivel de estudios de los padres.

Consideramos que el medio familiar constituye, sin duda una vía de detección, pues son los padres los que en la interacción diaria con su hijo en su contexto natural pueden observar que existe una diferencia o desviación entre el comportamiento de su hijo y el de otros niños. Una mayor formación a los padres sería un elemento esencial, que sin duda, facilitaría la detección temprana de los trastornos en el desarrollo.

Los **requisitos que deben cumplir los niños y sus familias para acceder a un Centro de Atención Temprana** son los siguientes (Consejería de Familia y Asuntos Sociales, 2009: On-line)

- *Tener una edad comprendida entre los 0 y los 6 años o hasta el inicio de su escolaridad en la etapa obligatoria de primaria.*
- *Presentar necesidades especiales transitorias o permanentes originadas por deficiencias o alteraciones en el desarrollo*
- *Tener la valoración y acreditación pertinentes emitidas por los servicios públicos sanitarios, educativos o sociales, habilitados y reconocidos al efecto, que determinen la necesidad de recibir tratamiento en el Centro de Atención Temprana. El orden de prioridad en la ocupación de plaza es el siguiente:*

- *Niños cuya residencia se encuentre en la zona de influencia del Centro por criterios de distancia, transporte público y zonificación de servicios. Este criterio puede no tenerse en cuenta por circunstancias familiares o sociales, o cuando el centro fuera el elegido por estar especializado en el tipo de deficiencia que el niño presenta.*
- *Niños con mas grave afectación, edad más temprana, que puedan recibir en el Centro tratamiento integral y de nivel económico familiar mas bajo.*
- *No recibir el mismo tipo de tratamiento en otro Centro o Servicio, evitando solapamientos inútiles.*

Si bien la CAM ha constituido estos centros como el recurso específico de AT, no están exentos de problemas, como demuestra el estudio que sirvió de base a la elaboración de la propuesta legislativa en AT para la CAM (Comisión de Discapacidad, 2008).

La insuficiencia de plazas, las listas de espera, los problemas de derivación que en ocasiones retrasan el comienzo de las intervenciones y la falta de coordinación interinstitucional, son cuestiones que la CAM debe resolver con el objeto de mejorar la calidad educativa y asistencial de los niños con DD.

Las administraciones de sanidad, educación y servicios sociales deberán esforzarse en la coordinación y provisión de servicios de calidad, para cumplir de esta forma con los requerimientos de esta población y con los preceptores de la normativa vigente.

## **7. OTROS MODELOS DE AT: CATALUÑA**

En España no existe una homogeneidad de situaciones en materia de Atención Temprana en las Comunidades Autónomas. Esto se debe a los distintos niveles de competencias transferidas desde la Administración Central a las Administraciones Autonómicas, reflejado en la diversidad de modelos que se engloban en la práctica común de la AT.

Según el INE y su estimación<sup>22</sup> de población actual 2010 encontramos las Comunidades de Andalucía, Cataluña y Madrid a la cabeza según los datos demográficos. Según el INE, las comunidades con mayor PIB son la Comunidad de Madrid y Cataluña.

---

<sup>22</sup> <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

---

Consideramos que la Atención Temprana en Cataluña<sup>23</sup> ha sido y es una Comunidad Autónoma de referencia por la implantación de enfoques preventivos, por el papel protagonista de la familia en la intervención con la población infantil y por ser **la primera Comunidad Autónoma que promulga una ley 18/2003, en la que hace referencia expresa a la Atención Precoz**. Es una ley de apoyo a la familia.

**Cataluña** es la **Comunidad Autónoma que incluye en sus estadísticas a los niños de alto riesgo** e informa de la existencia de un **5%** de población infantil con DD (Generalitat Catalana, 2007).

En el año 1985, se crean 30 servicios de AP y el "*Programa Sectorial d'Estimulació Precoc*" (DOG 579, 29-7-1985 Programa Sectorial de Estimulación Precoz adscrito al departamento de Sanidad y Seguridad Social) que supone la primera iniciativa de la Administración Catalana en cuanto a la estructura del sector y da apoyo a las diferentes actividades e instituciones de este ámbito.

En este mismo año, se crea el ***Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS)*** dentro del Departamento de Acción Social y Ciudadanía, que lidera la AP desde el año 1985 y, a partir del año 1995, tiene plena competencia en este ámbito<sup>24</sup>. Las funciones del ICASS suponen gestión de prestaciones de asistencia social y los servicios sociales, actividades sobre planes de actuación social y planes de inversiones en materia de asistencia y servicios sociales.

En actualidad los *Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz* (CDIAP) son los servicios encargados de hacer las actuaciones de atención en Cataluña. Dispone de 85 centros que garantizan la atención pública en la Comunidad. Atienden a la población de 0 a 6 años, incluso más tiempo, siempre que no tengan garantizada la continuidad asistencial en otro centro (la atención desde el momento de la concepción se realiza desde los servicios sociales y los servicios sanitarios).

Si hacemos un breve recorrido normativo autonómico podemos conocer la situación actual en esta comunidad.

**La Comunidad Catalana es la primera Comunidad Autónoma en regular sobre AT** en el Decreto 206/1195, de 13 de junio (DOG nº.1017, de, 13-6-1995)

---

<sup>23</sup> Término utilizado en Cataluña "Atención Precoz"

<sup>24</sup> <http://www.gencat.cat/benestar/organismes/socials/index.htm>

por el que se adscribe la Atención Precoz al Departamento de Bienestar Social de la Generalitat de Catalunya. Supone un avance en cuestión de objetivos, funciones y niveles de atención de la Atención Precoz. Dentro de esta iniciativa lo más destacable será el concierto de los CDIAP con el Departamento de Bienestar y Familia (medida que garantizará un correcto funcionamiento de dichos departamentos).

Este Decreto define y regula la Atención diagnóstico-terapéutica que tienen que recibir los niños con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos durante la primera infancia, así como las líneas que han de seguir en cuanto a prevención y detección.

Por Decreto 307/1993, de 28 de septiembre, se crea la *Comisión Interdepartamental para la Coordinación de Actuaciones de la Administración de la Generalitat* dirigidas a la Infancia y a la Adolescencia con discapacidades o con riesgo de padecerlas. Se desarrolla en los Decretos 96/1998 de 31 de marzo y en el Decreto 154/2003, de 10 de junio. En ellos se marca expresamente la inclusión de niños/as en situación de riesgo.

El Decreto Legislativo 17/1994, de 16 de noviembre del Departamento Bienestar Social. Define el Sistema Catalán de Servicios Sociales resaltando el apoyo de los equipos (art.9.2). Considera áreas de actuación de infancia y adolescencia, especialmente en situación de riesgo social (art.10.2.b) así como las personas con disminuciones físicas, psíquicas o sensoriales, tanto para favorecer su desarrollo personal, como su integración social y la mejora de su calidad de vida (art.10.2.d)

En 1998 el parlamento de Cataluña inaugura la vía de contratación concertada lo que supone un mayor compromiso de la Administración pública y el reconocimiento de la *Atención Precoz* como servicio público, consolidando los CDIAP (*Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana*) como dispositivos especializados de referencia en la atención integral de los niños menores de seis años.

Desde la publicación de la **Ley** del Parlamento de Catalunya 18/2003, de 4 de julio, **de apoyos a las familias** y su desarrollo normativo, el Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de AP, da un giro sustancial a las normativas previas y se avanza en la definición, la naturaleza y el alcance de los servicios de AP, de forma que se convierten en servicios de carácter universal y gratuito para los niños hasta los seis años y sus familias.

- 
- Se reconoce la AP como un *derecho subjetivo* de toda la población infantil catalana: prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos en el desarrollo de cualquier etiología.
  - *Crianza* entendida como apoyo y acompañamiento a la familia en el cuidado que hay que tener para el desarrollo integral del niño. La prevención de situaciones de riesgo por antecedentes personales o familiares
  - Se consolida la prevención como elemento clave de la tarea asistencial
  - Se adecua la franja de edad de atención teniendo en cuenta la demanda y la tipología de la población atendida, lo que supone que la atención será desde el momento de la concepción.

Nos parece que es una iniciativa legislativa innovadora de la Atención Temprana, y por tanto, sería muy conveniente que esta medida se ampliara a otras Comunidades Autónomas. Actualmente la Comunidad de Madrid no posee ninguna ley propia de la AT, como ya hemos señalado

En la C.A.M las expectativas están puestas en la aplicación y desarrollo de la Ley de Dependencia en AT. La disposición adicional 13ª de la Ley 39/2006 ordenaba al Consejo Territorial del SAAD la aprobación de un plan integral de atención para menores de 3 años en situación de dependencia , con medidas a adoptar por las Administraciones Públicas para facilitar la AT y la rehabilitación.

Asimismo, nos parece de vital importancia el impulso que se da al término “crianza” como elemento esencial en el desarrollo del niño situándola como una responsabilidad social y no únicamente de las familias.

El Decreto 154/2003, de 10 de junio, se crea el **Comité Interdepartamental de Coordinación** (CTIC). El objetivo de este Comité es coordinar las actuaciones de los equipos y los servicios dirigidos a la población infantil con discapacidad o con riesgo de padecerla. Por tanto, este órgano está vinculado a los departamentos de Bienestar y Familia, salud, educación y justicia. El nacimiento de este organismo es debido a la necesidad de estudiar la situación de las redes implicadas y supone la aplicación del modelo integral de intervención, coordinando los equipos y los servicios que intervienen.

En 2007 se publica el texto “*Primer convenio colectivo de los trabajadores de Atención Precoz en el territorio de Cataluña*”. Este convenio será de aplicación en los CDIAP concertados o convenidos para formar parte de la Red Básica de Servicios Sociales de Atención Precoz de Responsabilidad Pública del Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Cataluña.

## **8. CONSIDERACIONES FINALES**

- La revisión entorno al marco legislativo deja patente las continuas aportaciones hacia los niños y sus familias. En las leyes, programas y normas de desarrollo sectorial se aprecia que cada autonomía ha valorado de forma diferente la importancia de principios como la participación, la interdisciplinariedad, la coordinación, la descentralización, la sectorización que se consideran básicos de la Atención Temprana. Por ello, es necesario contar con un referente normativo que abordara la problemática específica del sector y que estableciera una adecuada planificación en todo el territorio estatal.
- El aumento en el número de centros disponibles en los ámbitos competentes en materia de Atención Temprana indica el esfuerzo adoptado para responder a las necesidades de la infancia temprana con DD, pero la multitud de recursos y tipos de apoyo no se corresponde con una efectiva intervención ni con el modelo de Atención Temprana. La realidad es que cada administración ha ido generando sus recursos de forma aislada, intentando resolver el problema de la atención a las DD de forma independiente. Debería existir una forma de instrumentalizar la coordinación y corresponsabilización de las diferentes administraciones públicas implicadas en la infancia temprana.
- Se ha ido evolucionando de una definición muy restringida de Atención Temprana centrada casi exclusivamente en el niño y, como mucho, contemplando a los padres solamente como mediadores, a un modelo que contempla en la intervención aquellos aspectos que pueden interferir en el desempeño del rol de padres. Este cambio de perspectiva trae consigo consecuencias de gran importancia en el diseño organizativo y en aspectos técnicos de los programas que todavía no han cambiado.
- En la evolución de los CATs, no se ha llegado al modelo propuesto en el Libro Blanco de Atención Temprana. La existencia de centros privados-concertados, que asumen la mayoría de las intervenciones, pero no tienen competencia para establecer diagnósticos, estos centros quedan descontextualizados de los servicios públicos, con lo cual un estamento diagnóstica y otro ejecuta. Esto conlleva una duplicidad de intervenciones y experiencias para el niño y la familia y enlentece los procesos de detección e intervención tempranos.
- En muchas comunidades ya no es necesaria la acreditación de discapacidad para tener derecho a recibir Atención Temprana. Está mejorando progresivamente la formación específica de los profesionales, pero aún queda un largo camino por



---

recorrer, quedan listas de espera, los centros no siempre están próximos a las familias, ni disponen de todos los profesionales adecuados para responder a las necesidades.

- Numéricamente en la Comunidad de Madrid existen, actualmente, menos Centros de Atención Temprana, que atienden población de 0-6 años, que Equipos de Atención Temprana.

- La incorporación de criterios de calidad en los CAT ofrece aportaciones para la mejora de los procesos de gestión y de intervención y al mismo tiempo tiene un valor estratégico de consolidación de la *Atención Temprana* ante otros profesionales y ante la sociedad. Siendo conscientes de las dificultades que supone llevar a cabo un plan de calidad, resulta más difícil establecerle todavía, cuando en los centros no se cuenta con una estructura mínima que favorezca la práctica profesional, por las ratios desmesuradas, falta de recursos personales, humanos y económicos. No olvidemos que la *calidad* en *Atención Temprana* no debe tener en cuenta, únicamente, los aspectos cuantitativos (cuántos niños, cuántas sesiones, cuánto tiempo, cuánto cuesta, etc.), sino también cualitativos (cómo se realiza ese trabajo).

- Se ha de poner especial énfasis en la prevención y esto conlleva tener en cuenta los avances científicos y los nuevos contextos sociales. Estamos asistiendo a un cambio en el perfil de la población atendida.

- La Atención Temprana debe seguir un proceso de crecimiento, evaluación y continua adaptación a las necesidades de la población infantil en función de los avances técnicos y metodológicos que vayan apareciendo y de las nuevas demandas que genere el cambio social.

## **BLOQUE II: LA FAMILIA**

## **1. INTRODUCCIÓN**

La institución familiar está viviendo una profunda transformación sin que ello suponga una alteración radical de su papel en la sociedad y de sus funciones. Los cambios y contrastes de la sociedad actual repercuten en la familia y esto va a ser necesario tenerlo en cuenta en las prácticas educativas (Ríos, 1993).

Las **formas de organización familiar se han modificado** (Iglesias, 2005):

- el divorcio ha permitido la reconstitución de nuevas familias.
- Se han incrementado las familias monoparentales y las uniones no matrimoniales
- Incorporación de la mujer al trabajo, han modificado: los hábitos familiares, los roles tradicionales, el tiempo disponible de los padres, el estilo educativo de muchos padres, la incorporación de los hijos antes en la escuela.

El *Informe de Política Familiar* (2008) sobre la evolución de la familia en Europa señala cómo en las últimas décadas se ha producido, en la mayor parte de los países occidentales, una clara tendencia hacia la disminución del tamaño familiar, siendo España uno de los tres países que más ha crecido en Europa, con un 14,2% y se debe básicamente dicho crecimiento a la inmigración

En España, las políticas públicas han venido situando a la familia como eje de su labor. Se han puesto en marcha acciones para la mejora de la protección familiar, La *Ley de Conciliación de la Vida Familiar y Laboral* (1999), El *Plan Integral de Apoyo a la Familia* (2001-2004) contienen medidas para avanzar en la efectiva conciliación de la vida familiar y laboral, mejorar la calidad de vida familiar, garantizar el relevo generacional y prestar apoyo a las familias en situación de riesgo social y otras situaciones especiales.

A pesar de la tendencia de familias con un menor número de hijos, en nuestro país existen un número de familias (13%) que tienen tres o más hijos, o dos hijos y uno de ellos con discapacidad y que, por tanto, de acuerdo con la Ley 8/1998, de 14 de abril, son familias numerosas. Para estas familias el cuidado y educación de los hijos implica unas necesidades específicas.

---

El desarrollo en EEUU de los programas de educación compensatoria (Head Start y Follow-Trough, 1969) puso el acento en la necesaria implicación de los padres para conseguir que los niños de bajo nivel social y cultural entraran en la escuela con garantías de éxito o recuperaran el retraso acumulado en sus años escolares.

El *Informe Niños pequeños, grandes desafíos II* (OCDE, 2006) confirma que el papel primario de los padres y de las familias en la crianza de los niños debe ser protegido e incentivado en todos los programas, ya que la mayoría de los padres trabajan fuera del hogar.

En el Libro Blanco (GAT, 2000) las palabras **familia o padres** aparecen 185 veces. Obviamente, la importancia de la familia en el desarrollo de los niños pequeños está claramente reconocida en Atención Temprana.

***"La atención a la familia hace referencia a actuaciones destinadas sobre todo a los padres, siendo esta atención prioritaria, ya que es uno de los factores que más va a condicionar el desarrollo y evolución del niño (GAT, 2005: 49)***

En el caso concreto de la Comunidad de Madrid, en el año 2005 se aprobó el *Plan de Apoyo a la Familia* (2005-2008). En el Plan se concretan áreas de actuación, objetivos y medidas. Entre las áreas de actuación que propone destacan tres de especial interés para nuestro trabajo: apoyo a la maternidad y paternidad, atención a familias con necesidades específicas y conciliación de la vida familiar, profesional y personal y atención a menores. Y algunas de las actuaciones que recoge el Plan son las siguientes: mejora de la Red de apoyo institucional de centros maternos, desarrollo de la Unidad de Orientación personalizada de la familia ante momentos difíciles, creación de centros de atención a la familia y desarrollo de la Escuela de Familia.

Se puede concluir que lo que hace que la Atención Temprana tenga éxito es el grado en el que las intervenciones de los profesionales apoyen a las familias. Por ello, consideramos necesario crear recursos de atención y apoyo específico dirigido a la familia, así como **desarrollar medidas de carácter preventivo, que incidan sobre la familia como primer entorno social en el que los niños como personas comienzan a desarrollarse y a socializarse.**

## **2. BREVE APROXIMACIÓN HISTÓRICA**

**Existen importantes diferencias demográficas, económicas y culturales entre las distintas naciones del mundo lo que, a su vez, implica la existencia de grandes diferencias en cuanto al modo de formar y desarrollar una familia** (Fantova, 2000). Entendemos que formar una familia hoy, no es lo mismo en la selva amazónica-en lo que queda de ella- que en Manhattan, Pekín o Calcuta. Pero todos entendemos que “algo” tienen en común.

Sin pretender detenernos en la descripción de la evolución histórica de la familia occidental, las familias Europeas han experimentado una importante transformación en las últimas décadas. En concreto, hacemos referencia a que **se observa que se ha impuesto el modelo de la diversidad familiar**, pero la familia actual del s.XXI sigue ofreciendo ese marco natural de apoyo emocional, económico y material a sus integrantes.

La evolución de la familia ha sido diferente en cada cultura y sociedad y cada una de ellas ha generado el modelo más apropiado. Sin embargo, y **a lo largo de la historia, todos estos cambios en las familias se han ido produciendo de una forma gradual y paulatina** (Meil, 2001).

La familia es una institución universal (cuestión primordial que los antropólogos se plantearon al estudiar la familia) que ha desempeñado siempre un papel fundamental en todas las sociedades históricas. La historia nos muestra que esta institución es antigua, flexible y bastante resistente de transformación, y los cambios se suceden sin interrupción alguna. (Fantova, 2000)

*“Históricamente la familia ha sido la institución sustentadora del desarrollo del individuo, tanto desde el punto de vista material como psicológico y aunque sus funciones han ido experimentando transformaciones, básicamente su papel no ha cambiado” (Delgado, 1994:123)*

*“La familia ha mostrado en toda circunstancia histórica una extraordinaria capacidad de adaptación y evolución” (Iglesias de Ussel, 1990: 91)*

A lo largo de la historia, las familias han generado diferentes formas de relación y han planteado nuevas demandas a la sociedad. Prácticamente, **hasta el XIX** todos los miembros de la familia permanecían en el ámbito del hogar y colaboraban en la realización de las tareas laborales comunes, constituyendo una unidad de producción. **La familia se percibe como forma de supervivencia y la**

---

**vida de la familias transcurre en el trabajo, quedando poco tiempo para relacionarse entre ellos** (Gimeno, 1999).

Ya en el siglo XIX, la sociedad industrial produce cambios importantes que suponen transformaciones estructurales en el conjunto de la sociedad y en la familia. A partir de aquí, el inicio de la escolarización de los niños, las funciones, composición, ciclo de vida y rol de los padres se transforman. En cuanto al aprendizaje de la socialización y la tradición de la cultura, deja de ser la familia la única o más importante fuente. Se construyó la infancia como una edad, con sus reglas propias y sus derechos (Gimeno, 1999).

Sin duda en el **siglo XX, se producen los cambios más significativos dentro de las familias.** El desarrollo económico supone un avance extraordinario en la mejora de las condiciones de vida de la población y ello permite la aparición de otros objetivos vitales y otras alternativas familiares. Las funciones tradicionalmente desempeñadas por la familia (trabajo, educación, formación religiosa, actividades de recreo, socialización) son realizadas también por instituciones sociales, aunque ella sigue siendo la principal responsable de la socialización de los hijos (Alberdi, 1994).

**El siglo XX ha supuesto un hito para el reconocimiento de los derechos del niño y de las familias** Montoro (2004)

Entendemos que todos los cambios sociales y económicos, también han producido cambios cualitativos en la educación, preparación y formación de los padres.

A la hora de considerar las causas de estas transformaciones, son múltiples los factores que pueden destacarse (cambios sociales, económicos, legales, demográficos y culturales). Estos factores, además, no son totalmente independientes sino que, por el contrario, están interrelacionados. Musitu, G y Cava, M<sup>a</sup> (2001), señalan algunos de estos factores y cambios que pueden observarse en función de indicadores concretos como: descenso de los índices de natalidad, envejecimiento de la población, transformación en la formación de las familias y transformación en la disolución de las familias.

Unas ideas repetidas, por los distintos autores, que hablan de los factores más importantes que han influido de lleno en la evolución de la familia son: el control de la reproducción, **el acceso de la mujer al mundo laboral, la mejora de los niveles educativos** y la implantación de la cultura de la igualdad (Montoro, 2004).

Alberdi (1994) plantea la hipótesis de “democratización” en torno a la evolución de la institución familiar, resalta, dentro de este proceso de democratización, la importancia que concede al **cambio en la posición social de las mujeres como factor explicativo clave de la transformación** que se advierte en la familia.

Además, como señala Delgado (1993), cada vez más, se está produciendo un retraso en el comienzo de constitución de la familia, que según la autora, puede estar influido por la prolongación del período dedicado a la formación. La mujer abandona su papel exclusivo de “esposa y madre” para convertirse en mujer trabajadora que a su vez debe conciliar la vida laboral y personal (Iglesias de Ussel, 1997).

**En España**, es quizás, en los años sesenta, cuando el sistema familiar comienza a cambiar. Basta con reflexionar sobre **las transformaciones legislativas** que se van produciendo en nuestro país, que van a **tener una decisiva importancia en la configuración de nuevas estructuras de relaciones familiares**.

La Constitución Española de 1978 incorporó las líneas maestras de las transformaciones familiares; la idea de igualdad entre el hombre y la mujer y la idea de igualdad de derechos entre todos los hijos, sean cuales fuesen las situaciones civiles o las relaciones entre sus padres, la equiparación de derechos y responsabilidades entre los cónyuges transforma el modelo matrimonial español, con una repercusión fundamental en la convivencia y la vida cotidiana de todos los hogares.

Pero sí hay un rasgo que puede sintetizar muchos de los cambios y, sobre todo, de las imágenes sociales de la familia en la sociedad española, es que **se ha pasado de una configuración monolítica de la familia a otra pluralista**.

Las evidencias históricas que acabamos de señalar nos llevan a concluir que los cambios fundamentales en la estructura familiar han sido impulsados por las profundas transformaciones sociales y económicas que se han producido en los últimos siglos.

## **2.1. Conceptualización de la familia**

Qué es una familia nos puede parecer obvio. El intento de acercarnos al concepto de familia, además de estar orientado por el deseo de la objetividad, lo está, igualmente, por el deseo de reflexión personal.

---

Desde el inicio de los tiempos, la familia ha sido y es el germen y origen de toda agrupación humana (Codés y Álvarez, 2002). Hoy, **en el siglo XXI, la familia es considerada como uno de los contextos de desarrollo más importante para el ser humano.**

**Nos parece adecuado utilizar la palabra *familias* en plural,** por que da más posibilidad para explicar la diversidad de **tipos familiares** que hoy existen en nuestra sociedad.

El sustantivo familia es de origen latino, precede del vocablo *famulus*, que en un principio **significaba servidor**, pero que por extensión también englobaba los conceptos de casa (entendida como el conjunto de los individuos que vivían bajo el mismo techo), de familiares (los unidos por lazos de sangre y parentesco) y de gens (todos aquellos que reconocían tener un ascendiente común).

La **Declaración Universal de los Derechos Humanos** considera la familia como una parte básica de la sociedad:

*Art. 16.3: "la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado".*

La **Constitución Española** de 197 no define que es la familia, pero le reconoce un lugar de primera importancia como institución fundamental de convivencia en la sociedad española. Reconoce en su artículo 39:1-2 las obligaciones del gobierno para con la familia *"los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia"*

La delimitación de su concepto es el objeto de una diversidad de disciplinas, es decir, se estudia desde la Biología, la Antropología, la Historia, la Economía, Política, Pedagogía, Psicología. De todas ellas, una de las que más luz ha aportado a la explicación del concepto, ha sido la Antropología y la Sociología. Así, desde el campo de la Antropología, Fernández del Riesgo (1976) sugiere la siguiente definición:

*" una estructura de papeles y relaciones basada en los lazos de sangre (consanguinidad) y de matrimonio (afinidad) que liga a los hombres, a las mujeres y a los niños dentro de una unidad organizada"* (Fernández del Riesgo, 1976: 63).

Como ha escrito Roussel, L (1989):

**"la familia es la base del porvenir. Es el espacio donde los seres humanos viven unos con otros en relación de reciprocidad, de libertad, de ternura mutua al margen de la gran maquinaria social"** (Roussel, 1989:24).



El término utilizado en esta definición de “ternura mutua” nos hace pensar en “ayuda mutua” y es, en ciertos aspectos, tan antigua como la humanidad.

A lo largo de la historia han existido formas muy variadas de apoyo mutuo hasta llegar al Estado de Bienestar que ha permitido desarrollar una gran maquinaria dedicada a la solidaridad social institucionalizada.

La existencia de nuevas instituciones no quiebra el principio de solidaridad familiar, sino que ofrece un nuevo marco para éste. **El cuidado de la salud, la protección de los más débiles, van pasando poco a poco, en las sociedades más avanzadas, a ser atendidos principalmente por otras instituciones.**

Minuchin y Fishman (1985) describen a la familia como el grupo natural que elabora pautas de interacción en el tiempo y que tiende a la conservación y la evolución.

*“la familia está formada por dos o más personas unidas por una relación de afecto, el matrimonio o la filiación, que viven juntas, ponen sus recursos económicos en común y consumen conjuntamente una serie de bienes en su vida cotidiana. (Alberdi, 1999: 60).*

En esta definición, no se determinan, el número de sus miembros ni las relaciones que entre ellos tengan, de forma que podemos considerar incluidas algunas formas que emergen en la sociedad actual. Nuestro interés en este trabajo está centrado en las familias con presencia de hijos, dicha presencia supone la aparición de una vertiente educativa en el proyecto vital familiar.

Encontramos **desde una perspectiva de interacción**, que la familia se define de la siguiente manera:

*“unidad fundamental y primaria donde el ser humano se va haciendo persona, es la primera escuela donde descubre las formas básicas de la vida social y en la que aprende a relacionarse con el otro. Se está produciendo entre padres e hijos una reciprocidad de acciones en demanda de prestaciones de apoyo” (Pérez Serrano, 1998: 50)*

En esta definición, se señala **la familia como la primera escuela**, es decir, **es el primer ámbito educativo**. El niño comienza su trayectoria educativa en la familia, que la escuela complementa. De ahí, surge la necesidad de comunicación y armonía entre familia y escuela por que creemos que de ello va a depender el desarrollo de personalidades sanas y equilibradas, cuya conducta influirá en posteriores interacciones sociales.

---

Otras de las definiciones que nos parecen interesantes son las **aportadas desde el enfoque sistémico**, entre las cuales señalamos:

*"la familia es un conjunto de personas que viven bajo el mismo techo y que interactúan entre sí formando un sistema complejo. **Es la unidad básica de socialización del ser humano**, la encargada de velar por el desarrollo del recién nacido hasta alcanzar la madurez (Perpiñan, 2003:14)*

Consideramos fundamental que sea la familia la unidad básica de socialización, ya que desde el ámbito familiar es donde los niños deben aprender a ejercitar la participación, la cooperación, el diálogo, la toma de decisiones y a compartir los conocimientos y la vida, de forma que luego sean capaces de transferir estos aprendizajes a otros contextos sociales.

Los criterios que nos parecen más definitorios del concepto de familia son todos ellos "*intangibles*" y están relacionados con metas, motivaciones y sentimientos, características que, para la calidad de la vida familiar y de las relaciones entre sus miembros, tienen una importancia mucho más primordial que el vínculo legal, las relaciones de consanguinidad, el número de sus miembros o el reparto de sus roles.

Sabemos que siempre va a ser muy importante, como señala Palacios (2005):" en primer lugar, la interdependencia, la comunicación y la intimidad entre los adultos implicados; en segundo lugar, la relación de dependencia estable entre quien cuida y educa, por un lado, y quien es cuidado y educado, por otro; y, en tercer lugar, que esa relación este basada en un compromiso personal de largo alcance de los padres entre sí y de los padres con los hijos".

La familia sigue y es el lugar privilegiado de de contacto, comunicación y de encuentro entre los géneros y las generaciones.

## **2. 2. Ciclo vital familiar**

Desde el punto de vista del **ciclo evolutivo de una familia nuclear**, ésta se constituye normalmente a partir de una pareja y evoluciona como sistema a través de **diferentes etapas, períodos o fases** con características propias cada uno de ellos (Minuchin, 1985).

Concretamente, la dinámica evolutiva de la familia concierne a tres planos distintos y mutuamente relacionados Rodrigo, M<sup>a</sup> J y Palacios, J (2005): el plano de las relaciones entre los padres, el de la configuración familiar y el de la evolución de los hijos.

En primer lugar, **la formación misma de la pareja o primera etapa del ciclo familiar** en la que los mecanismos por los cuales se inician y se mantienen las relaciones entre sus dos componentes, son cuestiones que tienen raíces y connotaciones evolutivas, pues se conectan con los modelos internos de relación, así como con la propia historia de socialización y de construcción de la personalidad.

En la mayor parte de los casos, la pareja tiene luego una larga vida en común por delante, de manera que los avatares evolutivos que afecten a cada uno de sus miembros van a tener repercusiones sobre la felicidad y la armonía de la familia. Se hace necesario adaptarse a nuevos roles, nuevas tareas y formas de relación nuevas con el sistema familiar de los padres (Palacios, 2005).

Desde el punto de vista del apego, el compañero de pareja cumple las cuatro funciones propias del apego infantil: deseo de proximidad y contacto, protesta por la separación, base de seguridad y sentimiento de seguridad emocional y bienestar con la presencia del otro (Bower, 1979: Bowlby, 1989).

Está, en segundo lugar, **el plano de la configuración familiar o segunda etapa del ciclo familiar**, cuando la pareja tiene el primer hijo, se reestructura de forma sustancial el sistema familiar.

Es el **momento más destacado, sin duda, aquel en el** que se pasa de **ser** pareja a ser además **padres. Es el compromiso más estable, incondicional y exigente** que tienen que aceptar y **cumplir adecuadamente los padres**. A partir del nacimiento del primer hijo, nada será igual en la vida de la madre y del padre (Brazelton, 1989).

De hecho, los aspectos que serán determinantes del desarrollo de los hijos empiezan a elaborarse y construirse mucho antes de que el primer embarazo se produzca. La pareja es depositaria de unos valores, de unas metas, de unas ideas y creencias a propósito de sus hijos, de su desarrollo y su educación, desarrolla una serie de rutinas y actividades a las que los hijos se van a incorporar.

Cuando el primer niño/a nace, su aparición no se incorpora a un contexto familiar vacío. La llegada de los hijos actúa más como una transformación de relaciones existentes que como una ruptura con el estado de cosas previo a su nacimiento, pero sí nueva en algunos sentidos, porque **la aparición de los hijos trastocará los estilos de vida, las prioridades, las preocupaciones y las relaciones existentes antes de su llegada** (Cowan y Cowan, 1992).

---

La estructura familiar se altera de nuevo cuando se produce la aparición de algún hijo más, no solamente los padres tienen otro hijo, sino que el hijo previo tiene ahora un hermano. Se constituye una dinámica nueva, inexistente hasta entonces: la de las relaciones entre hermanos, la de las influencias entre ellos, la de sus alianzas y sus conflictos (Dunn y Plomin, 1990).

Como es lógico, si la estructura familiar se altera cuando llegan hijos, vuelve a alterarse de nuevo cuando los hijos se independizan (dejan vacío el hueco que hasta entonces ocupaban) y también se va a modificar en profundidad, cuando se produce una ruptura del núcleo como consecuencia de la separación o divorcio de los padres.

Finalmente, en tercer lugar está **el plano de la evolución de los hijos**. La evolución de los niños fuerza una evolución en las relaciones que se mantienen en el interior del grupo familiar, de manera que el status evolutivo del niño condiciona el valor de las concretas prácticas de crianza que en cada momento se utilizan, así como las expectativas evolutivas, las estrategias de socialización, las pautas de interacción...

El sistema familiar es dinámico, entre otras cosas, porque el continuo flujo de cambios que se operan en los hijos hace insostenible el mantenimiento de formas de relación que pudieron ser muy útiles en momentos pasados, pero que deben ser redefinidos para adaptarse a las cambiantes necesidades y posibilidades que los hijos presentan (Palacios, 2005).

## **2. 3. La diversidad familiar**

Pocas dudas tenemos, hasta el momento, de que las formas de organización familiar han sufrido cambios históricos importantes. Al igual que ocurre con las funciones de la familia, no existe una única clasificación de los tipos de familia que podemos encontrar.

Lo cierto es que la familia se ha transformado de manera importante durante el siglo XX y más en los últimos años. Ciertamente, el ideal de familia nuclear cerrada, como forma de familia fundamental, se ha desmoronado, lo que no ha supuesto una pérdida del rol de la familia en el mundo contemporáneo. Las relaciones de parentesco, lejos de dejar de existir, parece que toman nuevas fuerzas y se convierten en un valor sólido (Iglesias de Ussel, 1997; Reher, 1997).

La composición de los hogares españoles, según se desprende del *Informe del Instituto Nacional de Estadística* (2004), nos muestra que, todavía el modelo

nuclear tradicional de familia (padre, madre con o sin hijos) sigue siendo el mayoritario en la sociedad española actual.

En la siguiente tabla señalamos la diversidad de formas familiares existentes en la actualidad.

**Tabla 19: Diversidad de formas familiares**

<b>FAMILIAS NUCLEARES</b>	Familia compuesta por un hombre y una mujer, unidos mediante matrimonio, y sus hijos
<b>COHABITACIÓN</b>	Se trata de la convivencia de una pareja unida por lazos afectivos, pero sin el vínculo legal del matrimonio
<b>HOGARES UNIPERSONALES</b>	Hogares formados por una sola persona. El significado de vivir solo es muy diverso, dependiendo de que la persona sea joven, adulta, anciana. Vivir solo a diferentes edades se corresponde con posiciones familiares diferentes: solteros, separados o divorciados y viudos
<b>FAMILIAS MONOPARENTALES</b>	Constituida por un padre o una madre que no vive en pareja (entendiendo pareja casada o que cohabita). Puede vivir o no con otras personas (amigos o los propios padres)
<b>FAMILIAS RECONSTITUIDAS</b>	Se refiere a la familia que, rota después de un divorcio, se rehace con el padre (o madre) que tiene a su cargo los hijos y su nuevo cónyuge.

Fuente. Elaboración propia a partir de Musitu, G y Cava, M<sup>a</sup>J, ( 2001: 18 )

Esta diversidad de formas familiares, que coexisten en la actualidad, despierta nuestro interés en cuanto a sus posibles diferencias en la distribución de las tareas asignadas a los distintos miembros de la familia, en los roles familiares o en el funcionamiento familiar.

Si en la actualidad, las familias se definen por la diversidad creemos que también se definen por otros aspectos:

*"Las personas tienen, en mayor medida que en el pasado, capacidad de elección en cuanto a formas de vida y de convivencia, al mismo tiempo que también han cambiado las relaciones personales que configuran las familias. Cada vez más se exige de ellas un mayor compromiso emocional y una mayor sinceridad" (Alberdi, 1994:16).*

### **3. LA FAMILIA COMO CONTEXTO DE DESARROLLO**

La familia es uno de los más importantes y cruciales contextos en que se produce el desarrollo humano (Rodrigo y Palacios, 1998) y es, especialmente importante, su papel durante los primeros años de la vida del niño, ya que al nacer son seres especialmente dependientes que precisan de la atención y el cariño de los adultos

---

para conseguir su pleno desarrollo. Siempre habrá que recurrir a la familia para explicar el desarrollo evolutivo de los niños.

Si tenemos en cuenta que los primeros años de vida, en el desarrollo infantil, son vitales para la continua adquisición a lo largo del tiempo de habilidades y conocimientos (Portellano y cols, 1997), resulta evidente que el niño se desarrolla en el medio que le rodea, que es precisamente, en este medio donde se van a ir produciendo los diferentes aprendizajes, de los cuales dependerá la posterior maduración del sujeto, resultará imprescindible una especial atención al contexto familiar.

Al hablar de este **reconocimiento de la importancia del contexto familiar al desarrollo infantil**, en tanto que es contexto básico desde el punto de vista emocional y social, se otorga a la familia un papel crítico, a la hora de promover y orientar el desarrollo pleno y armónico de los niños en edades tempranas con DD.

Si la familia tiene un papel básico en la educación de sus hijos, **ningún padre puede aceptar ser un mero espectador del desarrollo de su hijo por el hecho de que éste tenga dificultades en el desarrollo** (Vivanti, 2001).

En la actualidad, el panorama de la realidad familiar es complejo. Un estudio sobre las prácticas educativas de los padres muestra que existe: ausencia de padre, sobreprotección, carencia de un proyecto de futuro para los hijos, ausencia de conductas de estimulación cognitiva con relación a sus hijos, pautas inadecuadas de comunicación, falta de respuesta ante la expresión de sentimientos de los niños y falta de consideración (Aguilar, 2001).

La complejidad de la sociedad actual enfrenta a la educación familiar a nuevos desafíos, nos planteamos la exigencia de la formación parental para responder a las nuevas demandas y necesidades de la infancia. Un programa de intervención en AT debe tener en cuenta el conocimiento profundo que cualquier familia tiene sobre sus hijos, sus prioridades y de su estilo de vida.

### **3.1. Funciones de la familia**

Las funciones son los modos de desarrollar los objetivos y tareas del sistema familiar. Una de las características que la distingue, es su capacidad de integrar muchas funciones en una única forma de convivencia (Martínez de Velasco, 1990).

En la siguiente tabla reflejamos las principales funciones que las familias cumplen, con las ideas de los autores más significativos:

**Tabla 20: Funciones de las familias**

<b>AUTOR</b>	<b>FUNCIONES DE LAS FAMILIAS</b>
<b>SANTACRUZ, 1984</b>	Desde un punto de vista psicosocial: funciones externas e internas. Las <b>externas</b> , tienen como fin <b>transmitir al individuo los valores propios de su cultura</b> para que sea aceptado socialmente y, de esa manera, perpetúe dichos valores a través del tiempo. Las <b>internas</b> se refieren a la <b>protección biológica, psicológica y social del individuo</b>
<b>RAMOS, 1990</b>	Función fundamental de la familia es <b>socializadora</b> ya que debe dotar a sus individuos de actividad social, identidad individual, protección ante los conflictos y generar personas adaptadas a las características de la sociedad
<b>RODRÍGUEZ Y WEINSTEIN, 1994</b>	Funciones básicas de las familias son, la <b>socialización primaria, y la formación de la identidad personal</b> , masculina y femenina, el <b>sustrato de la reproducción</b> desde su perspectiva biológica y cultural y la familia como <b>unidad económica</b> .
<b>NÚÑEZ, 1997</b>	Funciones básicas de la familia: la <b>socialización y la formación de la personalidad del niño así como lograr su estabilidad emocional</b> y la del adulto. Además, la familia debe proveer a sus miembros de un sentimiento de identidad independiente, haciendo que cada miembro de la unidad familiar se sienta único y apreciado, facilitando el desarrollo de la autoestima, la independencia y la originalidad, fortaleciendo los procesos de crecimiento.
<b>GIMENO, 1999</b>	La familia organiza su vida para cumplir dos funciones básicas: <b>el desarrollo personal de los hijos y la socialización</b>
<b>FANTOVA, 2000</b>	La familia proporcionaría:: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. función económica: proveer de recursos</li> <li>2. Cuidado físico: proveer de seguridad, descanso, recuperación</li> <li>3. <b>Afectividad</b>: proveer de cariño, amor, estima</li> <li>4. Educación: proveer de oportunidades de aprendizaje, socialización, autodefinición</li> </ol>
<b>MONTORO, 2004</b>	Funciones: <b>Regula la conducta sexual, ordena la reproducción, ordena los comportamientos económicos básicos</b> y más elementales, desde la alimentación a la producción y el consumo, <b>educa a los hijos y regula los afectos y los sentimientos y ordena las relaciones entre generaciones</b> .
<b>PALACIOS y RODRIGO, 2005</b>	Escenario: donde se <b>construyen personas adultas</b> , preparación donde <b>se aprende a afrontar retos</b> , así como <b>asumir responsabilidades y compromisos, encuentro intergeneracional y red de apoyo social</b> para las diversas transiciones vitales que ha de realizar el adulto

Fuente: elaboración propia a partir de Palacios y Rodrigo, 2005

Varios autores: Ramos (1990), Rodríguez y Weinstein (1994), Núñez (1997), Mañani y Sánchez (1977), Gimeno (1999), Montoro (2004)... reconocen como **función básica de la familia, la socialización**. Es la familia el contexto referencial imprescindible para la incorporación de un nuevo ser humano a la sociedad; le va a proporcionar el marco ideal para lograr su adaptación a la sociedad. Por ello, **la socialización** se convierte en una de las más fuertes causas de evolución intelectual y afectiva del ser humano.

Ríos González (1984) señala que no se puede precisar con exactitud cuándo se inician los procesos de socialización, pero una falta de estímulos por parte del

---

contexto familiar bloquea las necesidades de comunicación y contacto que experimenta el niño desde los primeros días.

Otras funciones básicas señaladas son la procreadora, la de prestación de cuidados y la educadora. La función educadora es la que nos ocupa, pero aunque intentemos separarla de las demás, **una de las características, que es inherente a todas las funciones de la familia, es que no son divisibles. Esta característica hace que se produzca una interrelación entre todas ellas.** Cuando unos padres alimentan a su hijo de corta edad están realizando al mismo tiempo que la función de cuidados, la de educarles en unos hábitos de alimentación imprescindibles para su salud futura, así como en hábitos de conducta social.

La función educadora se entiende de los padres a los hijos, pero también existe un proceso paralelo en el que los padres aprenden a serlo con los hijos y en ese proceso se enriquecen personalmente.

Aunque no se establece como función, entendemos que debería añadirse una, que es la nota caracterizadora determinante para establecer el elemento diferenciador entre la familia y otras instituciones que puedan suplantarla o imitarla, es la de "dar amor". Es el núcleo por excelencia de la afectividad, esta idea queda reflejada por distintos autores como Fantova (2000), Valiño (2006).

Porot (1975) al hablar de la **necesidad de seguridad** para la autonomía del niño, la sustenta en un trípode basado en el amor, la aceptación y la "consistency" por parte de los padres, término que no implica únicamente solidez y firmeza sino consecuencia. Juntos forman una excelente descripción de lo que el niño necesita para su desarrollo emocional.

Reher (1996,) en el análisis que realiza sobre la evolución histórica de la familia española, muestra cómo la función desempeñada por la familia, en el proceso de educación y socialización de los niños, ha ido disminuyendo tanto en alcance como en calidad. En paralelo a esa disminución, se ha ido produciendo un incremento en **la influencia de otras instancias de educación y socialización**, de las que la escuela, sin ser la única, es la más visible y, con toda probabilidad, la más importante.

**Educar supone enseñar a comportarse en sociedad.** Para ello, como señalan Vicente y Fajardo (1997) la familia tiene que asumir las transformaciones diversas que se producen en la sociedad. La complejidad, cada vez mayor, que caracteriza la sociedad, demanda una **nueva visión educadora de la familia.**



*"Los **padres son ahora más sensibles a los requerimientos y necesidades de los niños** y están dispuestos a satisfacerlos. Pero, por otro lado, se sienten más inseguros que nunca respecto a la mejor forma de satisfacerlos. La aceleración de los cambios sociales crea gran desorientación e incertidumbre en los padres sobre cómo educar a los hijos". (Vicente y Fajardo, 1997: 319)*

En este sentido, consideramos la necesidad que actualmente tienen las familias de formación e información, que les permita abordar sus tareas con mayor seguridad, ya que, en ocasiones, los padres dimiten de algunas de sus funciones y delegan sus funciones parentales. También somos realistas y en muchas ocasiones observamos que **no existe esta demanda por su parte**.

Finalmente, y siguiendo a Cibanal (2005), en las familias con un niño con problemas (sobre todo de tipo conductual, pero podría extrapolarse a otros tipos de problemas) existiría una función que él denomina **función protectora del síntoma** y que nos resulta interesante mencionar. Señala que cuando una familia tiene **un hijo con dificultades supone una fuente de preocupación muy importante**, de manera que sean cuales sean los problemas de los padres, laborales, personales o económicos, al menos temporalmente, quedan delegados para atender las necesidades del niño.

Este autor nos hace pensar que las funciones de la familia no son tareas fáciles, ni siquiera en los niños "sanos" que presentan un desarrollo normal en condiciones ideales.

Entendemos que la familia con un niño con problemas en el desarrollo desempeña las mismas funciones que cualquier otra familia, pero quizás la diferencia está en que cada una de estas funciones es más difícil de cumplir, por lo que los recursos y apoyos de todo tipo se hacen más necesarios.

Siguiendo a Palacios (2005), cuatro nos parecen que deben ser las **funciones básicas que la familia cumple en relación con los hijos, en edades tempranas**, particularmente hasta el momento en que estos están ya en condiciones de un desarrollo plenamente independiente:

1. **Asegurar la supervivencia**, su sano crecimiento y su socialización en las conductas básicas de comunicación y diálogo.
2. **Aportar un clima de afecto y apoyo** sin los cuales el desarrollo psicológico sano no resulta posible. Este clima de afecto implica el establecimiento de relaciones de apego, un sentimiento de relación privilegiada y de compromiso emocional.

- 
3. **Aportar la estimulación que haga de ellos seres con capacidad para relacionarse competentemente con su entorno físico y social**, así como para responder a las demandas y exigencias planteadas por su adaptación al mundo en que les toca vivir.
  4. **Tomar decisiones** con respecto a la apertura hacia otros contextos educativos que van a compartir con la familia la tarea de educación del niño.

### **3. 2. Las relaciones familiares**

Es evidente que **la red social del ser humano, en sus primeros años de vida se reduce casi exclusivamente a sus padres o cuidadores y, además, las relaciones de afecto son el tipo principal de intercambios de apoyo que se producen.**

La interacción familiar se considera como el punto central del sistema familiar, ya que hace referencia al proceso de interrelaciones entre sus miembros y describe la forma en la cual interactúan unos con otros (Minuchin, 1994). Este autor reconoce cuatro subsistemas dentro del sistema de la familia nuclear:

- 1. El conyugal. Se refiere a las interacciones entre marido y mujer.*
- 2. El parental. Se trata de las interacciones entre los hijos y los padres.*
- 3. El fraterno. Las interacciones que establecen los hermanos*
- 4 El extrafamiliar. Se trata de las interacciones de toda la familia o de miembros individuales con la familia extensa, los amigos, los vecinos, la comunidad, los profesionales (Minuchin, 1994:68)*

Tenemos presente que **la familia constituye un grupo humano en el que confluyen todo un conjunto de relaciones, vivencias e interacciones personales de difícil cuantificación** (Luengo, 2001).

Consideramos la familia como ese espacio que el ser humano necesita para aprender, crecer, desarrollarse y crear su propia representación del mundo. En este espacio, las interacciones y vínculos que se establecen, incluso con el entorno, son referentes en el proceso madurativo y formativo del niño. Consideramos **la familia como marco referencial más próximo, inmediato y principal en niños en las edades de cero a seis años.**

### **3.2.1. El vínculo afectivo**

El compromiso personal estable en las relaciones interpersonales es uno de los rasgos esenciales de la familia. Este compromiso se plasma en el *apego* que los niños desarrollan hacia sus padres y que tiene la función de permitirles desarrollar un sentimiento básico de confianza y seguridad en su relación (Rodrigo, M<sup>a</sup>J y Palacios,J, 2005)

Partimos de la importancia del establecimiento de un vínculo afectivo con las personas del entorno más próximo y, para ello, centramos nuestra atención en la T<sup>a</sup> del Apego (Bowlby, 1969).

El apego humano tiene una función de supervivencia muy importante, porque asegura la proximidad y la protección de los padres a los hijos durante el prolongado período de tiempo en que la fragilidad del nuevo ser requiere de la asistencia directa y continuada de los adultos. El **apego es una tendencia conductual innata**, que consiste en el **vínculo afectivo con las personas que satisfacen las necesidades emocionales y cuidados básicos** (Avellanosa, 2005).

Este vínculo afectivo, que el niño establece con las personas que se relacionan estrechamente con él, normalmente los progenitores y/u otros familiares, responde a las necesidades afectivas más fuertes y estables a lo largo del ciclo vital.

Como han mostrado Bowlby (1958), Ainsworth (1973), gracias a ese sentimiento de seguridad y confianza en sus padres, que los niños desarrollan en el primer año de vida, se sentirán suficientemente tranquilos como para empezar a explorar el entorno más próximo primero y más alejado posteriormente. Finalmente, una vez interiorizada esa seguridad y convertirla en modelo mental permanente, los niños podrán hacer frente con éxito a las separaciones breves que les impondrán las rutinas de la vida cotidiana.

**Ese modelo mental, creado a partir del apego**, también será un modelo mental de relaciones de acuerdo **con el que los niños tenderán a proyectar en sus relaciones sociales y afectivas posteriores**, muchos de los elementos y características del tipo de relación desarrollado con los padres. Aunque no es inalterable ni condiciona de manera inevitable el tipo y la calidad de las relaciones afectivas y sociales posteriores, pero sí que constituye un prototipo activo y ejerce su influencia durante toda la infancia. (Alonso, 2005).

---

**El apego cumple también una función transgeneracional que vincula a las familias extensas** (padres con abuelos e hijos, abuelos con los hijos y los nietos...). No se trata de un vínculo aislado, sino que forma parte de un sistema intrafamiliar (Rodrigo, M<sup>a</sup>.J y Palacios, J, 2005; Alonso, 2005).

Por lo tanto, la importancia de una buena vinculación tiene que ver con la posibilidad de un desarrollo armónico en el niño (Avellanosa, 2005). Si se establece de forma adecuada se estarán organizando las bases fundamentales de un desarrollo posterior.

### **3. 2. 2. Las dificultades vinculares**

Cuando nace **un niño con algún tipo de problema en su desarrollo**, sabemos que **tiene efectos sobre toda la familia y el entorno: padres, hermanos, abuelos...** La intensidad con la que se viva depende de varios factores: historia y rasgos personales, escala de valores, momento y situación familiar, relaciones familiares, red de apoyos, tipo de discapacidad (Ponce y Vega, 2007).

Cuando se planifica la llegada de un hijo, se espera que el niño nazca sano. Si no ocurre así, la familia experimenta la pérdida del hijo soñado (Sarto Martín, 2001).

En ocasiones, como señala Avellanosa (2005), la relación privilegiada madre-hijo se hace difícil con niños que nacen con problemas: niños de bajo peso que van a estar tiempo en la incubadora, niños prematuros de riesgo biológico, niños con malformaciones o enfermedades.

Un niño con dificultades en el desarrollo puede tener un impacto positivo y un impacto negativo en la capacidad de afectividad de la familia (Palacios y Rodrigo, 1998). Una de las funciones de ser padres es que deben dar afecto y apoyo a sus hijos, sin embargo, los padres de estos niños suelen experimentar sentimientos ambivalentes.

Por todo ello, se apunta como necesaria la puesta en marcha de programas de AT, centrados no solamente en el niño, sino con la finalidad de posibilitar el establecimiento del vínculo afectivo de los padres con su hijo.

También pueden ser diferentes las emociones que generan, que pueden experimentar sentimientos propios de un proceso de duelo: negación, tristeza, rabia... cada familia y cada miembro dentro de ella lo enfrenta de una manera diferente (Klaus y Kennell, 1978; Zulueta, 1988; Zulueta, 2000).

Cunningham y Davis (1988) señalan que las dificultades de los padres con un hijo con dificultades en el desarrollo, se deben en parte, a la falta de recursos, por ello,

afirman que la participación de los padres aumenta cuando se les da una orientación sobre como tratar, ayudar y jugar con su hijo.

Son muchos los autores (De Linares, 1997; Sorrentino, 2001; Espina y Ortega, 2003; Frías y López, 2006; Zulueta, 2007) que han descrito las etapas por las que pasa la familia cuando un hijo tiene problemas. Señalamos, en la siguiente tabla, las etapas por las que pasan los padres ante el nacimiento de un niño con problemas en el desarrollo y que nos permiten describir las reacciones emocionales de los padres (Minuchin, 1994):

**Tabla 21: Reacciones emocionales de los padres**

<b>SHOCK INICIAL</b>	<b>Choque emocional y desconcierto:</b> suele ir acompañado de una amnesia transitoria <b>Búsqueda de la causa y proyección de la culpa:</b> los padres buscan en su familia algún antecedente de problemas en niño o adultos
<b>FASE DE NEGACIÓN</b>	<b>Mecanismo de negación:</b> no se puede asumir el diagnóstico de la patología y los padres piensan que los profesionales pueden estar equivocados
<b>FASE DE TRISTEZA</b>	<b>Agresividad, tristeza e ira :</b> sentimientos que se desarrollan hacia la persona que les dio la noticia, también hacia la propia familia, hacia la sociedad <b>Pérdida de autoestima</b> Pérdida de confianza de las madres para cuidar a su bebé y de establecer con él los adecuados ritmos biológicos. <b>Deseos inconscientes de muerte</b> Deseo poco consciente, la muerte del bebé es una liberación y proporciona una huida del problema
<b>FASE DE ACEPTACIÓN Y REACCIÓN</b>	<b>Los padres</b> comienzan a ser cada vez más conscientes de la situación de su hijo, necesidades y cuidados <b>Preocupación por su futuro</b> Es una de las angustias primeras, el desvalimiento del bebé les hace preguntarse que va a ser de él, el día de mañana
<b>FASE DE REORGANIZACIÓN</b>	Supone la aceptación del niño y de su discapacidad

Fuente: Elaboración propia a partir de Minuchin, 1994

El proceso de aceptación del niño con problemas es largo y difícil. Este es, uno de los valores de la Atención Temprana, facilitar el proceso de aceptación del niño, para normalizar en lo posible, la dinámica familiar y poder contribuir de forma activa y responsable a su educación.

Giné (2009) plantea *la calidad de vida familiar* como el resultado esperado de los servicios para la discapacidad y las familias y se asocia a sentimientos de bienestar, participación social y realización personal.

Consideramos que un funcionamiento familiar óptimo (disfrutar del tiempo juntos, participar en experiencias vitales importantes...), se convierte en un factor favorable a la hora de brindar a los niños con necesidades especiales un entorno favorable y

---

adecuado para su desarrollo. Por lo que considerar una intervención enfocada a la familia podría ser de gran beneficio para el niño.

### **3. 3. La crianza y el bienestar infantil**

La primera infancia es el período de responsabilidades parentales más amplias (e intensas) en relación con todos los aspectos del bienestar del niño contemplados por la *Convención de los Derechos del Niño* (1989): su supervivencia, salud, integridad física y seguridad emocional, niveles de vida y atención, oportunidades de juego y aprendizaje y libertad de expresión. En consecuencia, la realización de los derechos del niño depende en gran medida del bienestar y recursos de que dispongan quienes tienen la responsabilidad de su cuidado.

Reconocer estas interdependencias es un punto de partida adecuado para planificar asistencia y recursos para los padres.

La Observación General nº7 del *Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas* (2005), que proporciona orientación a los Estados Partes respecto a los Derechos de la primera infancia, comprende una sección dedicada a la asistencia a los padres. A continuación señalamos lo más relevante para nuestro objeto de estudio:

- I. Un enfoque integrado incluiría intervenciones que repercutan indirectamente en la capacidad de los padres para promover el interés superior del niño así como aquellas que tengan consecuencias inmediatas ( por ejemplo, servicios de atención de la salud perinatal para madres y bebés, educación parental, visitantes a domicilio...).*
- II. Si se quiere ofrecer asistencia adecuada deberán tenerse en cuenta las nuevas funciones y conocimientos que se exigen a los padres, así como las formas en que las demandas y presiones varían durante la infancia.*
- III. La asistencia a los padres deberá incluir provisión de educación parental, asesoramiento a los padres y otros servicios de calidad para madres, padres, hermanos, abuelos y otras personas.*
- IV. La asistencia también incluye la oferta de apoyo a los padres y a otros miembros de la familia mediante modalidades que alienten relaciones positivas y sensibles con niños pequeños y mejoren la comprensión de los derechos e interés superior del niño.*

En general, la mayoría de las políticas e iniciativas relacionadas con la infancia, si bien empiezan a tomar medidas para identificar y suministrar servicios a los

padres que necesitan ayuda para cumplir con su papel en la crianza, no alcanzan todavía el rango que debieran tener si pensamos que numerosos problemas relacionados con el desarrollo, la conducta y la salud mental de los niños más grandes y los adolescentes se remontan a la primera infancia y, en particular, a la crianza recibida.

Los beneficios a largo plazo, tanto para la sociedad como para los individuos, superara con creces el coste de las inversiones iniciales.

*"La crianza es un factor crucial para el bienestar de los niños; una "buena" crianza es aquella que confiere a los niños los beneficios de la resiliencia, el bienestar, la autoestima, la competencia social y los valores propios de la ciudadanía" (Oates, 2010).*

Si bien, una "buena" crianza puede asumir muchas formas, ya que hay una gran variedad de maneras en que los padres ayudan a sus hijos a vivir una vida feliz, el promover una crianza positiva es un argumento a favor de las intervenciones de apoyo a los padres.

Levine (1977) identificó tres objetivos universales en la crianza:

1. La supervivencia y salud física del niño, que incluye (implícitamente) el desarrollo normal de la capacidad reproductora durante la pubertad.
2. El desarrollo de las capacidades de comportamiento del niño necesarias para su propio mantenimiento económico en la madurez.
3. El desarrollo de las capacidades de comportamiento del niño necesarias para maximizar otros valores culturales (moralidad, rendimiento intelectual, satisfacción personal, autorrealización) tal como son formulados y elaborados simbólicamente en las convicciones, normas e ideologías características de la propia cultura. (Levine, 1977, pp.20)

Es evidente que existen tres objetivos universales de la crianza: la supervivencia, la salud, el propio mantenimiento económico y la consecución de metas culturales. Aunque estos objetivos universales tienen relevancia duradera, consideramos que en la actualidad hay nuevos desafíos en la crianza.

### **3.3.1. Capacidades y calidad para la crianza**

La habilidad de criar bien a los hijos no es necesariamente intuitiva: el estilo de crianza adoptado por un individuo sufre la influencia de aspectos de su propia

---

historia personal, junto con ciertas características peculiares del niño como la edad o el temperamento (Bronfenbrenner, 1979; Bradley y Wildman, 2002). La crianza también es modelada por la clase social, la cultura, el vecindario o la comunidad de pertenencia (Holden y Miller, 1999) y por la época en que nace el niño (Harddymment, 1983; Utting y Pugh, 2004).

En este sentido, coincidimos con estos autores en que esa habilidad no siempre es intuitiva: sufre la influencia de la historia personal de los padres, las características del niño y los sistemas que rodean a la familia. Esto significa que existen numerosos factores que no sólo influyen la crianza y las relaciones entre padres e hijos, sino también pueden ser influenciados por ellas.

Existe un vínculo significativo entre la calidad de las relaciones padres-hijos (Oates, 2009):

- *Las capacidades de aprendizaje y el rendimiento educativo.* La destreza de los niños en la lectoescritura está relacionada con la práctica de la lectura en el ambiente que le rodea y la participación de los padres en las actividades de la escuela está vinculada con el rendimiento escolar de los niños.
- *La competencia social.* el afecto de los padres, la ausencia de conflictos y el control y la vigilancia puede desempeñar un papel importante en el desarrollo de las destrezas sociales de los niños.
- *Las opiniones de los niños acerca de sí mismos.* Esto influye el sentido de autoestima de los niños.
- *Las conductas "externalizadoras" agresiva.* Cuanto más extremas son las circunstancias en que viven los padres, tanto peores son los resultados de los niños y mayor es la probabilidad de que manifiesten trastornos psicológicos.
- *La depresión, la ansiedad y otros disturbios "internalizadores".* Esto incluye indisposiciones en las que los síntomas físicos reflejan la tensión emocional y el retraimiento social.

Sin duda la crianza que reciben los niños tiene un impacto considerable en su desarrollo emocional, cognitivo, social y en el comportamiento posterior.

Nos parece que tiene un papel destacado en la reflexión sobre la crianza y el apoyo a los padres, la **resiliencia**. Rutter (1987) la señala como un fenómeno que comprende varios elementos relacionados entre sí: la autoestima, la confianza en uno mismo, el convencimiento de la propia eficacia, la capacidad de enfrentar



cambios y adaptaciones, la adquisición de un amplio repertorio de enfoques para la solución de problemas sociales

Consideramos que todos esos elementos configuran los “*recursos psicológicos personales*” del individuo y es esencial para la capacidad del individuo de desarrollarse plenamente.

La resiliencia de un individuo y los resultados que alcanzará a lo largo de su existencia están muy marcadamente determinados por las experiencias tempranas que ha vivido con sus figuras de crianza, que es cuando se establecen las pautas de las relaciones de apego (Kraemer, 1997).

Los estudios de familias que se encuentran en condiciones adversas demuestran que la resiliencia está vinculada a dos factores claves: la calidad de las relaciones entre padres e hijos y la disponibilidad de redes comunitarias de apoyo. Por ende, la resiliencia no es una cualidad fija, que depende solamente de las cartas que a uno le han tocado en el juego de la vida (Kraemer, 1998).

La resiliencia puede ser reforzada por los padres y la familia, pero también por la escuela y la comunidad (Belsky e Isabella, 1988).

Esto nos plantea que un contexto social fortalecedor y unas relaciones padres-hijos positivas contribuyen conjuntamente a que los niños desarrollen la capacidad de superar los desafíos y adversidades de la vida.

### **3.3.2. Figuras de Crianza**

En el contexto familiar, **a lo largo del proceso de crianza y educación, se forman relaciones interpersonales basadas en un compromiso y una implicación emocional entre padres e hijos que van creando y dando forma al clima afectivo y emocional de la familia** (Ríos González, 1984).

Las relaciones de parentesco, que subyacen a los vínculos materno-paterno-filiales y el apego a los padres, son los elementos esenciales de la familia.

*“Ser padres no es un simple fenómeno biológico, sino que encierra y abarca todo un mundo de emociones muy sutiles. Sin embargo, no viven igual esta realidad el hombre que la mujer”.* (Ríos González, 1984: 86)

Entendemos que los cambios en la familia han modificado los papeles de los padres, si no totalmente en el plano práctico, sí en el ideológico. Ser padres es primeramente sentir cosas respecto a los hijos, sentimiento que en la mayoría de

---

los casos adopta la forma intensa y positiva llamada apego, de la que acabamos de ocuparnos.

Pero ser padres es también actuar con los hijos, encauzar su comportamiento en una determinada dirección, asegurarse de que no actúan de una determinada manera, **poner límites a sus deseos, procurarles satisfacciones y hacerles soportar frustraciones.**

**Este conjunto de conductas son estrategias de socialización,** porque su objetivo se relaciona directamente con moldear, **a través de la intervención educativa, el tipo de conductas que los padres valoran como apropiadas y deseables** para sus hijos, tanto para su desarrollo personal como para su integración social (Rodrigo y Palacios, 2005).

La influencia que ejercen los padres depende también de variables como el tipo de interacción, con el mayor o menor nivel de comunicación, de los estilos educativos que se establecen, la edad del individuo... pero también de la comprensión e interpretación que padres e hijos hacen de su entorno y, en definitiva, de la construcción que hacen de la realidad social (Pérez Alonso-Geta, P, 2003).

Minuchin (1994) señala que las influencias recíprocas dentro de la familia pueden enmarcarse en tres tipos de encuentro: encuentro con la madre, con el padre y con los iguales en la constelación de hermanos o fratía.

Si la familia es un sistema formado por personas ligadas unas a otras y sujetas a influencias recíprocas, hay que ver qué tiene que hacer cada cual en el interior de ese sistema.

Resulta evidente que la inseguridad en las relaciones de apego en la primera infancia está vinculada con peores resultados evolutivos y dificultades de comportamiento en la infancia posterior y la adolescencia.

### **3.3.2.1. Maternidad y Paternidad**

Los papeles desempeñados por el padre y por la madre dentro de la dinámica familiar son fundamentales, pero distan mucho de ser semejantes. Es cierto, que los roles tradicionales se han ido modificando en dirección a un mayor igualitarismo, pero parece que en gran medida el cambio ha afectado más a las actitudes que a los comportamientos (Iglesias de Ussel, 1994).

Bécache (1993) sostiene que existe una raíz intemporal e intrínseca ligada a la esencia del hombre *"Existe en todos los seres humanos, tanto en el sexo femenino como del masculino, un deseo de maternidad en el sentido más fundamental del*

*término (...)*" (Bécache, 1993: 16). De hecho, creemos que hay pocas experiencias a lo largo de la vida que sean tan significativas e impactantes para una persona, como el nacimiento de un hijo.

Aunque hombres y mujeres se convierten en padres desde el nacimiento de su primer hijo, **sólo mediante el cuidado diario y el compromiso emocional** con la vida del niño, llegan a convertirse en padres en un sentido generativo (Brazelton, 2001).

Entendemos que paternidad y maternidad son procesos complementarios que se desarrollan para conformar el desarrollo del niño. El ejercicio de la función paterna comienza tan pronto como lo hace la función materna (Brazelton, 2001).

Hyde (1995) señala que la maternidad ha sido considerada, a lo largo de la historia, como el destino esencial de la mujer; de hecho, son muchas las investigaciones que indican que constituye el aspecto más satisfactorio del conjunto tradicional de papeles que le son adjudicados.

Si es cierto que la llegada de un bebé requiere importantes cambios con posibles costes individuales o conyugales, no es menos cierto que la maternidad y la paternidad conllevan indudables satisfacciones y efectos positivos tanto a nivel personal como social.

**La función maternal tiene, en los primeros años de vida del niño, la responsabilidad de sus cuidados** (Brazelton, 2001). La maduración biológica, tiene un potencial innato, pero se inicia en un grado tal de debilidad que depende del cuidado parental y lo condiciona.

Dio Bleichmar (1991) analizando los estudios sobre la relación temprana madre-hijo/a, concluye que los rasgos que **establecen el paradigma de la buena madre son los siguientes : la disponibilidad, la comprensión, el cuidado y el cariño**. Estas características del rol materno adoptan diversas formas en función de la edad de los hijos, pero comparten un elemento clave: el cuidado y guía de la generación posterior.

Cuando se habla del buen ejercicio de la maternidad, de la buena madre, pensamos, que la simetría de necesidades entre madre e hijo no es tal. El único núcleo de interés de la madre no es su hijo, como tampoco la madre lo será poco a poco de él. A ritmos diferentes como es lógico, pero con la necesidad de favorecer una autonomía creciente y con la necesidad de mantenerse en relación con todo aquello que la constituye como mujer.

---

Benedeck (1983) propone la *cualidad paternal*, ésta supone la implicación activa del padre en el proceso de crianza. El recién nacido necesita de la presencia del padre para completar sus competencias y la madre necesita del marido en esa nueva etapa en que comienzan las relaciones triangulares que exigen en un momento dado vinculaciones diádicas entre la pareja y, en otro momento, entre cualquiera de ellos con el hijo.

**Aunque la madre continúa siendo la figura principal en el establecimiento de la interacción, el soporte, que en este proceso le aporta el padre, contribuye a crear un sentimiento de seguridad indispensable para vivir plenamente,** lo que Winnicott (1923) entendía como, *preocupación maternal primaria*.

Ese desarrollo temprano de la cualidad paternal puede favorecer un papel más intenso y más sano que el que tenía lugar en las familias patriarcales. Hoy el padre ya no debe “desaparecer” de la vida del bebé hasta que se convierta en un hijo capaz de llamar su atención de forma activa, sino que debe relevar a su mujer en el cuidado del pequeño.

### **3. 3.2. 2. El papel de los hermanos**

No podemos olvidar que la familia se caracteriza por un entramado complejo de relaciones entre las diferentes personas que la configuran, entre las que destacan también las relaciones entre los hermanos.

La infancia es el período de la vida más estudiado en lo que se refiere a las interacciones entre hermanos. La investigación reciente sobre las relaciones fraternales ha puesto de manifiesto que éstas son bastante más completas y complejas que el clásico binomio revalidad-afecto.

Antes de los dos años, en los niños sus relaciones giran fundamentalmente en torno a los adultos, a este tipo de relaciones se las denomina relaciones verticales. A partir de los 2 años, empiezan a tener una presencia estable y creciente en su vida las relaciones horizontales: **se trata de relaciones simétricas (niño-niño) basadas en la igualdad, la reciprocidad y la cooperación.** Las relaciones entre hermanos constituyen un tipo especial de vinculación a medio camino entre las relaciones horizontales y las verticales, con elementos de unas y otras, de complementariedad y de reciprocidad.

Arranz y Olabarrieta (2005) analizan las características de la interacción entre hermanos y se concretan en los siguientes puntos:

- *Los hermanos no se eligen mutuamente, pues su relación viene impuesta.*
- *Entre los hermanos se puede producir una gran asimetría en lo que se refiere a la edad, y sin duda, la diferencia de edad influye directamente en el tipo de interacción que se va a establecer entre ellos.*
- *Habitualmente, las interacciones entre hermanos tienen un carácter de mayor continuidad.*

Cada niño tiene que tener la posibilidad de llevar a cabo su propio desarrollo con independencia de sus hermanos (Dolto, 1994).

Cabe ahora reflexionar sobre los aspectos que se encuentran en las interacciones fraternas y que se relacionan con hechos y contenidos claves en el proceso de desarrollo psicológico: compañeros de juego, modelo de imitación, fuente de conflicto, vínculo afectivo...

Señalar que, en contra de lo que pudiera parecer, la importancia de las interacciones entre hermanos no es exclusiva de las familias numerosas. En la familia más reducida de nuestros días, el vínculo fraterno va adquiriendo una importancia creciente.

Bank y Kahn (1982) señalan algunas circunstancias en apoyo de estas afirmaciones: la incorporación de la mujer al trabajo, el divorcio, lapsos de vida más largos, diversas formas de insuficiencia parental ... Todos estos hechos pueden contribuir progresivamente a una intensificación de la relación entre los hermanos y, también, a un incremento de su influencia en los procesos de desarrollo psicológico humano.

**La interacción entre hermanos también aporta algo a la riqueza del mundo emocional en la primera infancia** (Brown y Dunn, 1992).

Actualmente, los hermanos son figuras socializadoras muy significativas. Entre otras razones, porque promueven el conocimiento personal, porque entre ellos se establecen relaciones de apego, porque sirven como modelos sociales y porque aprenden juntos.

Nuestra reflexión sobre las implicaciones educativas de la interacción entre hermanos, es el poder aprovechar las ventajas interactivas de **la relación fraterna**, como un **elemento optimizador del proceso de desarrollo psicológico**.

---

### 3. 3.2. 3. Los Abuelos

Las relaciones intergeneracionales que se establecen en la familia son únicas y emergen como una experiencia con gran poder conformador en la construcción de valores. A la luz como va evolucionando la sociedad, la familia puede llegar a convertirse en uno de los pocos contextos privilegiados donde poder ensayar las relaciones intergeneracionales (Rodrigo, M<sup>a</sup>.J, y Palacios, J, 2005).

Acabamos de señalar, cómo la familia podría constituirse en uno de los pocos espacios de encuentro intergeneracional, sin embargo, en la familia moderna los abuelos y otros familiares cercanos ya no suelen convivir bajo un mismo techo con hijos y nietos.

El ser abuelo o abuela implica una tarea de desarrollo tradicionalmente asociada a la vejez. El ser abuelos viene definido por una doble dimensión interactiva, por su implicación tanto en el desarrollo y guía de los nietos como en el ejercicio de la paternidad que practican sus propios hijos (Serra, 2005).

**Ser abuelo hoy** constituye un rol ambiguo y, a menudo, conflictivo, ya que **carece de una definición precisa** en nuestro contexto sociocultural y engloba **una amplia diversidad de facetas**. Su diversidad los sitúa en dos posiciones extremas (Serra, 2005):

- **Los abuelos muy implicados**, que viven una **segunda, forzada y restringida pseudopaternidad**, desde un papel próximo al tradicional de los ancianos de las familias extensas, asumiendo el cuidado vicario de los nietos.
- **Los abuelos poco implicados** en el desarrollo familiar

En nuestra dinámica familiar actual, donde los padres dedican mucho tiempo al trabajo y se sienten agobiados por múltiples compromisos y obligaciones, **los abuelos pueden ayudar a la tarea de educar a los nietos de modo indirecto o directo** (Smith, 1995).

*“Los abuelos ayudan de modo indirecto cuando dan apoyo emocional a los hijos en sus tareas de paternidad y maternidad, alivian la carga de sus ocupaciones, les dan consejos o ayuda económica”.* (García Hernández, 2005: 207)

De hecho, entendemos que son en gran parte responsables de las habilidades parentales de los padres y de sus concepciones educativas, incluso son, indirectamente responsables de características tales como la afectuosidad de los padres o de la implicación emocional con los hijos.

Respecto a la interacción abuelos-nietos Elzo (2004), señala que los abuelos pueden constituir importantes fuentes de afecto y de sabiduría para sus nietos. Los abuelos poseen importantes recursos de conocimientos y experiencia.

Ahora bien, las relaciones entre abuelos, padres e hijos no están exentas de conflictos. Pueden producirse desacuerdos entre los valores de socialización de padres y abuelos, o pretender usurpar estos últimos el papel de los padres o delegar éstos su responsabilidad en los abuelos. En este sentido, las relaciones intergeneracionales exigen una cierta dosis de tolerancia.

En definitiva, los abuelos pueden ser importantes educadores, aunque, desgraciadamente, los datos nos indican que la tendencia hacia la nuclearización de la familia y las complejidades de la vida urbana en las grandes ciudades está reduciendo esta posibilidad.

Actualmente, vemos el **papel fundamental que juegan los abuelos en la propia tarea educativa**, puesto que, en muchas ocasiones, asumen un importante papel en el cuidado de sus nietos

Entendemos que la atención de la familia, en Atención Temprana, debe dirigirse a todos los miembros de la familia como componentes de ésta e influyentes en su funcionamiento.

### **3.4. La protección del niño y el apoyo a la familia: prevención**

La consideración de la etapa 0-6 como una fase sensible y trascendente para el desarrollo personal y cuyos beneficios tienen largo alcance, nos obliga a considerarla como un recorrido en el que la sociedad ha de cuidar de forma integral la salud de los niños y también la necesidad de que estén inmersos en relaciones adecuadas y rodeados de entornos que faciliten la riqueza de experiencias (GAT, 2005).

La Atención Temprana es una parte esencial del sistema de protección social, de las oportunidades de educación y de las necesidades de salud personal.

La Atención Temprana se dirige, según el Libro Blanco, a niños entre 0 y 6 años con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos. El establecimiento de estos límites cronológicos a la intervención tiene que ver con la necesidad de especialización que implica esta época de la vida, la especificidad de los procesos, la diversidad de

---

itinerarios y contextos del desarrollo infantil y la complejidad de los temas que deben afrontarse cuando el desarrollo, por las razones que fuere, no sigue el curso previsto.

Unas ideas que han dominado las investigaciones sobre la crianza y el apoyo a las familias es la de "riesgo" "familias en riesgo" y "prevención".

En materia de Atención Temprana podemos definir riesgo como:

*(...) aquellos factores o circunstancias presentes en un niño que suponen una alta probabilidad estadística, en relación con la población normal, de presentar posteriormente una deficiencia de la comunicación y/o motriz y/o sensorial y/o cognitiva y/o de conducta (Arizcun y Valle, 1999:248).*

Se han señalado tres grupos de factores de riesgo que están característicamente relacionados con las crisis en la crianza (Ghate y Hazel, 2002).

1. *En el plano comunitario o de ecosistema*, el vivir en un entorno indigente, (alta concentración de familias pobres y elevados niveles de problemas sociales y ambientales).
2. *En el plano familiar y del hogar* (crianza por uno solo de los padres, bajos ingresos, desempleo...)
3. *En el plano de las características individuales de los miembros de la familia*, una reducida capacidad de enfrentar la tensión en las tareas de la crianza, junto con la tendencia a manifestar reacciones extremas al estrés

Conocer estos factores permite la "prevención", pero quizás preguntarnos ¿qué métodos se emplean para identificar a las familias en riesgo con respecto a las dificultades para la crianza?.

Generalmente, las *familias en riesgo* son definidas como aquéllas en que los padres atraviesan serias dificultades con el cuidado infantil o donde se considera que existen altas probabilidades de que surjan dificultades si no se interviene (Creighton, 1998).

*"La confluencia de una gestación cada vez más inmadura (prematuridad, partos múltiples) con el cambio de los modelos tradicionales de crianza (nuevos tipos de familia) y con el incremento de las situaciones de estrés cotidiano (cambio social) afecta, en este sentido, a un gran número de familias y capas muy extensas de la población. Cuando no existen factores simultáneos de prevención y protección (recursos económicos, relaciones sociales, acceso a cuidadores competentes, apoyos de las familias de origen, nivel educativo, flexibilidad laboral, acceso a tecnologías, etc.) crecen las probabilidades de*



*que se genere una situación de desventaja o discapacidad la cual, pasados los años, puede dar lugar a situaciones de fracaso escolar y marginación social” (GAT, 2005:9).*

Por eso, la experiencia de la Atención Temprana a niños con discapacidades debe revertir hacia todos los niños. A estos efectos nada mejor que aproximar los servicios de la Atención Temprana a la comunidad, no sólo como un sistema personalizado de intervención, sino también como un modelo de calidad que hay que incorporar a las prácticas de los futuros padres y a la formación de las figuras de crianza.

El Libro Blanco ha propuesto tres niveles de posible participación de la Atención Temprana en la atención a la infancia, los tres con responsabilidades e intensidades diferentes:

- En las tareas de promoción y *prevención primaria*, contribuyendo a las iniciativas dirigidas a la población infantil en general.
- En las actividades, más selectivas, de *prevención secundaria* formando parte de los programas sanitarios, educativos y sociales dirigidos a los grupos de riesgo.
- Finalmente, en la *prevención terciaria*, mediante la intervención con niños con trastornos del desarrollo y sus familias, tarea en la que los servicios especializados de Atención Temprana asumen la máxima responsabilidad.

Los Centros de Atención Temprana no responden a esta necesidad comunitaria de contar con un recurso que impulse las actividades relacionadas con la crianza, educación y socialización en el nivel de prevención primaria.

La prevención no es sólo “un modo de hacer, es un modo de pensar”. Es también un modo de organizar y de actuar e implica desarrollar acciones anticipatorias.

En un sentido global, propondríamos inscribir la Atención Temprana como una actuación transversal, una expresión diferenciada del derecho a la igualdad de oportunidades y no discriminación de todos los niños, en relación con los siguientes objetivos señalados en el libro *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana* (GAT, 2005):

- Apoyar y promover el desarrollo personal y la autonomía cotidiana teniendo en cuenta los procesos madurativos y la realidad biológica de cada niño así como las características de su entorno familiar y social.
- Fortalecer las capacidades y competencias de la familia y los cuidadores.

- 
- Garantizar los principios de normalización e integración en el entorno social ordinario.

Estos objetivos llevan implícito la necesidad de que las acciones de apoyo se desarrollen en los llamados entornos naturales (en el momento del nacimiento, domicilio, casa de niños o escuela infantil).

La Atención Temprana, como derecho de todos los niños, debe comprender también (GAT, 2005):

- Los programas transversales de prevención y detección de situaciones de riesgo por antecedentes personales y familiares.
- Los programas transversales de detección precoz de los trastornos en el desarrollo.
- Los programas longitudinales para el seguimiento neuroevolutivo de las situaciones de riesgo detectadas.
- Los **programas de apoyo universal a la crianza** entendida como la información, la formación y el acompañamiento experto que se debe ofrecer a la familia para que ejerza sus funciones relativas al desarrollo personal de cada niño.

A partir de lo anterior se puede concluir que **la base del futuro de la Atención Temprana es potenciar la prevención**, realizando programas de apoyo universal a la crianza. El apoyar, orientar y asesorar sobre el desarrollo infantil desde las primeras edades es una forma de prevenir. **El apoyo que se dé a los padres es un apoyo al aprendizaje activo del niño.**

Teniendo en cuenta la extensión y calidad de los actuales servicios en Atención Temprana, parece aconsejable orientar los mayores esfuerzos hacia la prevención socioeducativa en la fase de crianza.

En el marco de la prevención, no podemos dejar de señalar las medidas que propone el GAT (2005) y que nos parece que son medidas que apoyan a la familia, es la creación de un Grupo de Expertos en Prevención y Atención Temprana que elabore propuestas en torno a los siguientes puntos :

- *Impulso de los servicios de orientación y planificación familiar.*
- *Indicaciones para el consejo genético y el diagnóstico prenatal.*

- *Programa de prevención prenatal de la prematuridad.*
- *Programa de prevención prenatal/perinatal del riesgo psicosocial.*
- *Programa de seguimiento neuroevolutivo del recién nacido de alto riesgo biopsicosocial.*
- *Generalización y cualificación de los métodos de cribado universal del desarrollo infantil.*
- *Prevención de los accidentes domésticos.*
- *Oferta de formación en desarrollo infantil a los futuros padres, centradas en las necesidades y posibles dificultades que pueden encontrar en la crianza.*
- *Programas de formación de cuidadores y de educadores infantiles.*
- *Sensibilización social sobre la importancia de las adquisiciones en el desarrollo infantil y sus efectos a largo plazo.*
- *Generalización de programas de detección precoz en los sistemas sanitarios, sociales y educativos impulsando programas universales para la detección precoz de problemas específicos que pueden dar lugar a graves trastornos del desarrollo.*

#### **4. MODELOS DE ACTUACIÓN EN A T CON FAMILIAS**

El entorno familiar es determinante para la vida de las personas, ya que se constituye como el principal referente de la relación y socialización de los niños. La familia ofrece al niño protección, seguridad, afecto, cuidados para la crianza, modelos de comportamiento, valores y, en definitiva, un entorno vital que le permitirá el desarrollo personal y social y al que se vinculará durante toda su existencia (De Linares y Pérez-López, 2004).

La familia es una entidad tan próxima y cotidiana para todos nosotros que podría producirse la falsa impresión de que, armados con nuestro sentido común y nuestras observaciones, podemos llegar a comprenderla sin dificultad.

*"Desde un punto de vista científico, no hay un factor, ni un enfoque, ni un campo disciplinar que por sí solo nos proporcione las suficientes explicaciones, ni las necesarias aportaciones científicas y técnicas para explicar el significado y el valor de la familia"( De Linares, 2003 : 60 ).*

Estamos de acuerdo en que son numerosos los acercamientos teóricos que facilitan la comprensión de la familia, de su estructura, de su funcionamiento, de sus roles y de sus funciones. En su mayor parte, se trata de perspectivas teóricas con un

---

marco de referencia, de explicación y de estudio que va más allá del grupo familiar (escuela, organizaciones...)

Para Millá Romero (2003), **la intervención familiar es un factor decisivo** para el manejo de las dificultades inherentes a la ruptura de expectativas, para el acompañamiento en los ritos de paso que experimentará la pareja y para la **mejora de las estrategias con que afrontar el hecho de tener un niño con dificultades en el desarrollo o con riesgo de padecerlas.**

Dada la complejidad que encierra la Intervención de la familia en Atención Temprana, debido a las múltiples variables que inciden en ella, no podemos apoyarnos en un modelo que por sí solo nos aporte los conocimientos teóricos y las estrategias necesarias (De Linares, C y Rodríguez, T, 2004). Muchas de las prácticas de intervención utilizadas con las familias han planteado nuevas metodologías, tradicionalmente respondían a una orientación centrada en el niño y orientada a la rehabilitación y, actualmente, responden a una orientación centrada en la familia y orientada a una mayor interacción.

*"La emergencia de modelos teóricos como el sistémico, el ecológico y el transaccional, y su aplicación a ámbitos psicoeducativos, y las aportaciones de la psicología social, entre otros, contribuyen a que el desarrollo del niño sea visto, cada vez de forma más contundente, como el resultado de un complejo proceso de interacciones entre el organismo y las aferencias ambientales, y esta realidad es cada vez más constatada por los profesionales de la Atención Temprana."* (De Linares, C y Rodríguez, T, 2004: 335)

Si bien es cierto que son distintos los acercamientos teóricos que se han interesado por la familia, no todos ellos han tenido la misma influencia e impacto. Desde planteamientos y enfoques teóricos diversos se siguen principalmente los modelos sistémico, ecológico, transaccional y evolutivo-educativo (De Linares y Rodríguez, 2005), que permiten actuaciones específicas con las que intervenir sobre los elementos del sistema familiar.

Queremos exponer estos modelos y presentar algunos de sus planteamientos, fundamentalmente los relacionados con la temática familiar.

#### **4. 1. Modelo Sistémico**

La familia se considera como un conjunto de personas que interactúan de forma regular y repetida a través del tiempo (Millá, 2005). Las interrelaciones que se establecen entre los distintos miembros de una familia tienen propiedades

sistémicas, que aportarán informaciones al conjunto, el cual, a su vez, influirá en cada subsistema y como consecuencia en el desarrollo de conductas y actitudes.

En el intento de comprender cómo y por qué funcionan las familias sugieren que es útil construirlas como un sistema. Para mantenerse y funcionar el sistema tendrá un conjunto de necesidades y precisará recursos para satisfacerlas. Si hay cambios en la estructura, en la función o en los procesos internos tendrá que haber ajustes. Si los recursos pueden hacer frente a esos cambios el sistema mantendrá un equilibrio razonable y funcionará (Millá, 2005)

El enfoque sistémico ha supuesto un avance importante, superando la concepción de la familia desde una orientación individualista limitada, para explicar la complejidad del mundo familiar y el entramado de las relaciones personales que en ellas se establecen.

Desde este planteamiento, la familia puede caracterizarse por los siguientes rasgos (De Linares y Rodríguez, 2005):

- a. cada integrante es parte de una totalidad más amplia, y ha de asumir que cada conducta personal afecta a la globalidad.*
- b. Es un sistema en constante interacción y transformación y la retroalimentación proporciona información para decidir acerca de la reaceptación, modificación o rechazo con respecto a las normas o a los comportamientos a seguir.*
- c. Se asume una comunidad de funciones y se aceptan unos compromisos, entre los que destacamos los de reproducción, manutención, cuidado o transmisión cultural.*

En la conceptualización de la familia desde el modelo sistémico, no es sólo importante la estructura de sus partes (subsistemas), sino también, sobretodo, cuál es el funcionamiento adaptativo de las familias cuando surgen cambios externos o presiones (De Linares y Rodríguez, 2005). Esto es muy significativo en el caso del nacimiento de un hijo con trastornos en el desarrollo o con riesgo de tenerlo.

Para Cheal (1991), el principal logro de la teoría de los sistemas familiares probablemente se debe al hecho de proveer un marco intelectual interactivo que

**permite resaltar los puntos fuertes de la familia y así utilizar sus propios recursos en los procesos de intervención.** Este autor señala como relevante que esta perspectiva teórica reafirma la fortaleza de los vínculos familiares y su función protectora ante efectos o influencias disruptivas de sistemas externos a la familia.

---

Este modelo tiene implicaciones importantes para los profesionales, tanto desde el punto de vista de la planificación y la organización, como al del trato directo en lo que respecta a técnicas y marcos conceptuales. Con la intervención se han de aprovechar los puntos fuertes de la familia y generar sus propios recursos en los procesos de intervención (Milla, 2005).

## **4. 2. Modelo Ecológico**

Muchos han sido los autores que han estudiado el papel del contexto en el desarrollo de los niños. Probablemente una de las aproximaciones más fecundas, tanto por potencialidades intrínsecas como por cantidad de investigaciones que han generado es la propuesta por Bronfenbrenner (1987) y que se conoce como ecológica.

Este autor propone un modelo que pone **énfasis en las condiciones físicas y sociales que influyen en el desarrollo**; en este modelo el niño es visto como el centro de cuatro círculos de influencia interrelacionados: el microsistema, el mesosistema, el éxosistema y el macrosistema. El desarrollo, como afirma Bronfenbrenner (1987), no más se puede entender a partir de las interrelaciones y las interacciones dentro y entre los diversos círculos; estos círculos reflejan los diversos entornos presentes a lo largo de la vida del individuo.

Otros autores como Bernheiner y Keogh (1995) a pesar de compartir muchos elementos del discurso de Bronfenbrenner, consideran insuficiente su modelo. Estos autores proponen un enfoque que llaman "ecocultural". La idea principal es que las familias respondan activamente a las circunstancias en que viven construyendo y organizando ambientes que dan sentido y dirección a sus vidas.

Las creencias, valores y metas afectan la organización de la vida de la familia y determinan la naturaleza de las experiencias que se brindan a los niños. Es en las rutinas diarias donde se reflejan las creencias, los valores y las metas así como también las limitaciones y los recursos del ambiente y, por tanto, aparecen como elemento central a partir del cual las familias inciden en el desarrollo de sus hijos.

Todas las familias construyen rutinas las cuales se convierten en el **"tejido propio de la vida diaria"** (Giné, 2006)

Gallimore 1989 afirma que "la construcción social de las familias tienen un poderoso impacto en las actividades diarias de los niños y, por tanto, en el desarrollo de las experiencias significativas"

Un enfoque ecológico nos ayuda a comprender que el desarrollo del niño resulta de la interacción de lo biológico y lo social; es decir, de su potencial orgánico en desarrollo, de la forma en que actúa en el mundo y de cómo éste le "trata".

Para Bronfenbrenner (1989), cualquier cualidad humana encuentra tanto su significado como su expresión plena en un contexto o escenario ambiental concreto, del cual la familia es un ejemplo relevante.

Desde esta perspectiva, no sólo se tiene en cuenta la conducta del individuo de forma aislada, ni siquiera solamente la de la estructura familiar, sino su relación con el ambiente en el que se desarrolla. Así, la familia es un todo organizado con patrones propios de conducta, pero también con capacidad de actuación hacia el exterior. Con ello, se resalta cómo las interacciones distantes tienen repercusiones también en las más inmediatas.

En nuestro ámbito, el estudio y conocimiento de esos contextos es fundamental. Esto ha llevado a que, por ejemplo, se consideren aspectos tan importantes como las necesidades y estilos familiares o las redes de apoyo social de las que disponen los padres, ya que estos factores están demostrando tener una alta incidencia en los patrones de interacción de los padres con sus hijos y ello, a su vez, se verá reflejado de diversas formas en el desarrollo del niño (Dunst, Trivette y Deal, 1988).

Tanto el niño como la familia se adaptan y ajustan a su entorno, de igual forma que éste, a su vez, también va modificándose y adaptándose al niño y al grupo familiar.

#### **4. 3. Modelo Transaccional**

Para este **modelo las interacciones** que se establecen entre los padres y los hijos pueden contribuir activamente: **moldear los entornos que favorecen el desarrollo** (Milla, 2005)

En este enfoque se destaca el papel del ambiente y cómo afecta a la evolución del niño. El desarrollo no es un proceso del individuo solamente, ni tampoco exclusivamente del contexto, sino una función compleja de la interacción del niño y el ambiente a lo largo del tiempo (Sameroff, 1983)

En consecuencia, los **programas de intervención temprana no pueden tener éxito si se plantean sólo para el niño**, ha de considerar también la familia y a los entornos.

---

Lerner (1982) indica que los hijos, a través de las interacciones que establecen con sus padres, están contribuyendo de una forma activa a moldear sus propios entornos de desarrollo.

Planteándolo de una manera sintética, señalaremos que Sameroff y Fiese (1990, 2000) expresan que un modelo transaccional es el que explica las consecuencias del comportamiento como efectos tanto del contexto en el niño como del niño en el contexto.

Lo innovador de este modelo es la importancia que se da por igual a los efectos del niño y el ambiente para que las experiencias que provienen del contexto no se vean como independientes de los sujetos.

#### **4. 4. Modelo Evolutivo-Educativo**

Merece también la pena hacer una especial mención a la existencia de un modelo que estudia el significado de las teorías implícitas de los padres sobre el desarrollo y educación de los hijos.

Se nutre de planteamientos sistémicos y ecológicos, desarrolla una perspectiva muy interesante del valor formativo de la familia, aportando elementos de análisis valiosos para la intervención familiar en atención temprana. Así, generalmente, las pautas educativas de los padres, responden a una serie de ideas y de expectativas, en la mayoría de las ocasiones implícitas, sobre el desarrollo y la educación.

Los autores del modelo (Rodrigo y Palacios, 1998) proponen tres dimensiones elementales que el análisis evolutivo-educativo de la familia tiene que considerar: cogniciones de los padres sobre el desarrollo y educación de sus hijos, estilo de las relaciones interpersonales dentro de la familia y tipo de entorno educativo.

La familia, desde esta perspectiva, es considerada como uno de los más importantes contextos que potencian y catalizan el desarrollo, tanto de los hijos como de los adultos que la forman (Milla, 2005). Para este modelo, las **características más relevantes que definen a una familia están muy directamente relacionadas con motivaciones, sentimientos y metas**, que se consideran fundamentales para que existan relaciones armoniosas y afectivas entre sus miembros.

**Ser padre y madre dentro de este modelo significa disponer de un proyecto vital educativo**, alcanzar un **gran compromiso personal y emocional y saber llenar de contenido el proyecto educativo**. Las pautas educativas de los padres



responden a una serie de creencias, pensamientos y expectativas, en la mayoría de las ocasiones implícitas, sobre el desarrollo y la educación (Rodrigo y Palacios, 1998).

La funcionalidad que para este modelo tiene el proceso educativo y de desarrollo de los hijos se concreta en los siguientes principios básicos (Rodrigo y Palacios, 1998):

- **asegurar la supervivencia de los hijos** desde el punto de vista biológico y psicológico. Para conseguirlo, es necesario dotar al hijo de un entorno afectivo y seguro.*
- **Proporcionar a los hijos la estimulación necesaria** para conseguir el máximo desarrollo de sus capacidades y, así, poder relacionarse de forma adecuada con su entorno físico y social.*
- **Elegir otros contextos educativos** que, junto con la familia, se encargarán de la formación de sus hijos.*

En consonancia, con los planteamientos anteriores, cobra sentido la definición de familia que presentan los autores (Bronfenbrenner, 1987; Sameroff, 1990; De Linares y Pérez López, 2004; Millá, 2005; Giné, 2006) y en la que destacarían los siguientes rasgos: el hecho de compartir un proyecto, la generación de sentimientos de pertenencia al grupo, el compromiso personal entre los miembros y las relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia establecidas.

Así descritos brevemente estos modelos, destacaremos cuatro ideas básicas con repercusión directa para la intervención:

- Análisis de la familia como un todo
- Relevancia de los contextos y uso de redes de apoyo sociales.
- Reciprocidad de las relaciones familia-niño y niño-familia
- Relevancia de las cogniciones de los padres y el vínculo de apego en el desarrollo de los hijos.

Compartiendo los principios que rigen en estos modelos, unos u otros, la relevancia de la familia es insustituible en el desarrollo infantil.

---

## 5. INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL CONTEXTO FAMILIAR

La intervención educativa en el contexto familiar recibe cada vez más atención. Las razones son diversas (Ignasi Vila, 2005):

- El impacto de la perspectiva ecológica sobre el desarrollo humano en la psicología evolutiva ha evidenciado la necesidad de incidir en la mejora de las prácticas educativas familiares con el objeto de promover la socialización e individualización de la infancia.
- La creciente diferenciación de las características, las formas de vida y las tipologías de la familia ha manifestado la necesidad de apoyar en muchos casos su competencia educativa dada la falta creciente de apoyo social a dicha labor.
- **La conciencia, cada vez mayor, de apoyar la labor educativa de las familias con hijos en condiciones personales de riesgo biológico.**

Si bien, el papel central de la familia en el desarrollo del niño es muy importante y, en la intervención, es prioritaria la atención a la familia, la pregunta que nos formulamos es ¿qué tipo de acciones se deben realizar con las familias y cómo pueden los profesionales ayudar a todas las familias para que realicen actividades beneficiosas para sus hijos?

Revisamos el concepto y las características de los programas de formación de padres.

### 5. 1 Formación de padres

En la literatura revisada, sobre formación de padres, se pueden encontrar dos términos afines, la **formación de padres** (parent education) y la **educación acerca de la paternidad** (education about parenthood; parenthood education) que, algunas veces, se han utilizado como sinónimos y otras, se diferencian por la amplitud del concepto y los destinatarios de la intervención (Brock, Oertwein y Coufal, 1993).

El término *formación de padres* (parent education) indica un intento de acción formal con el objeto de incrementar la conciencia de los padres y la utilización de sus aptitudes y competencias parentales (Cataldo, 1991).

Vila, I (2005) define la formación de padres del siguiente modo:

*"conjunto de actividades voluntarias de aprendizaje por parte de los padres, que tiene como **objetivo proveer modelos adecuados de prácticas educativas en el contexto familiar y/o modificar y mejorar prácticas existentes** con el objeto de promover comportamientos en los hijos que son juzgados positivamente y erradicar los que se consideran negativos"* (Vila, I, 2005: 502)

Así entendida, consideramos que dicha formación puede incrementar la conciencia educativa de los padres y el uso de aptitudes para cuidar y educar a sus hijos.

La **formación parental** constituye una "acción educativa de sensibilización, de aprendizaje, de adiestramiento o de clarificación de los valores, las actitudes, y las prácticas de los padres en la educación" (Boutin y Durning, 1997: 24).

Se ha señalado también como un conjunto de actividades voluntarias de aprendizaje por parte de los padres, que tiene como objetivo proveer modelos adecuados de prácticas educativas en el contexto familiar y/o modificar y mejorar prácticas existentes con el objeto de promover comportamientos en los hijos (Vila, 1997).

Por lo tanto, el término *formación de padres* se dirige al desarrollo de habilidades y competencias de los padres y madres para educar a sus hijos. La educación para la paternidad (parenthood education) (Brock, Oertwein y Coufal, 1993)

Otro concepto que conviene delimitar, afín a los anteriormente presentados, es el de **Escuelas de Padres**, término más popular con el que se denominan a determinadas acciones de educación de padres y que consiste en lo siguiente:

*"un plan sistemático de formación para padres en los aspectos psicopedagógicos y ambientales, que se desarrolla a lo largo de un periodo relativamente extenso de tiempo"* (Brunet y Negro, 1985: 21).

Este término ha estado relacionado con los grupos de formación puestos en marcha desde y en los propios Centros Escolares, pero no es la característica distintiva, puesto que pueden organizarse desde otras instancias comunitarias. La característica peculiar de las Escuelas de Padres, para diferenciarlas de charlas aisladas, ciclos de varias charlas informativas o reuniones de las APAS, **es la sistematicidad, la regularidad**, la estructura, la continuidad en el tiempo y su amplia duración (Brunet y Negro, 1985).

La formación de padres se enmarca dentro del área de la Educación para la Paternidad, una de las diversas áreas temáticas del marco de la Educación para la

---

Vida Familiar (Family Life Education) (Arcus y Thomas, 1993). Este enfoque de marcado carácter preventivo y evolutivo persigue el bienestar de los individuos y las familias a través del conocimiento y la mejora de la vida familiar a lo largo del ciclo vital ampliando sus destinatarios.

Lo eminentemente **educativo de los programas de formación de padres no es**, como algunos pensaban, que su objetivo principal es exclusivamente la **transmisión de conocimientos o el aprendizaje de estrategias**. En la actualidad, **se persigue que los padres adopten un rol activo** en su proceso de desarrollo personal para mejorar sus capacidades y habilidades para afrontar constructivamente y ejercer un control razonable sobre su propia vida familiar (Peters, 1967).

Por todo ello, **la formación de padres se propone tanto favorecer el cambio personal de los padres como promover cambios sociales que mejoren la vida familiar**.

En **España**, históricamente, la formación de padres ha estado prácticamente limitada a las Escuelas de padres (Bartau, Maganto y Etxeberría, 2001). Su origen se relaciona con la creencia, por parte de los profesionales de la educación, de que la familia es un lugar importante del proceso de socialización e individualización y, por tanto, es importante que los niños reciban, en las primeras edades, una atención educativa adecuada en su familia y, si se conseguía que los padres enseñaran mejor a sus hijos, se reducía el riesgo de fracaso escolar.

Así, desde mediados de los años sesenta, comienzan a realizarse, en colegios, actividades dirigidas a las madres y los padres, en las que se les informa del desarrollo infantil, de la evolución de las capacidades como el lenguaje... Las escuelas de padres se configuran, por tanto, como un lugar al que asisten voluntariamente los padres para adquirir conocimientos relacionados con el progreso de la infancia y con las pautas de crianza a partir de informaciones que suministran principalmente profesionales de la educación (Bartau, 2001).

Los programas de formación de padres se ofrecen desde diversas instituciones educativas y sociales, pero los escenarios más comunes son (Romero, 1998): los centros escolares, los servicios sociales y comunitarios (municipales o ambulatorios), las instituciones religiosas, los Centros de Orientación Familiar, centros y servicios de orientación familiar privados y otros escenarios de nueva implantación (en el marco laboral y las ONG).

### **5. 1. 1. Características de los programas de formación de padres**

La organización de los programas de formación de padres y, en consecuencia, la delimitación de los objetivos, las áreas de contenido, los métodos y los procedimientos de evaluación varían dependiendo de las necesidades de los participantes, las características del contexto desde el cual parte la intervención, los enfoques teóricos que subyacen a los programas y los modelos de intervención adoptados por el orientador (Bartau, Maganto y Etxeberría, 2001).

### **5. 1. 2. Finalidad y objetivos**

La mayoría de los programas persiguen dos objetivos generales, estimular el desarrollo del niño y apoyar a los padres (Bartau, Maganto y Etxeberría, 2001).

La Asociación de Padres Europea en su Informe sobre el desarrollo y la evaluación del programa piloto de formación de padres (2000) señala que los objetivos de estos programas son los siguientes:

- 1. Mejorar la experiencia de aprendizaje de los niños y optimizar sus oportunidades en la vida.*
- 2. Reducir el fracaso escolar y las desventajas educativas.*
- 3. Promover la igualdad de oportunidades para todos los padres proporcionando mayor educación continua.*
- 4. Desarrollar una cultura entre los padres de continuo aprendizaje.*
- 5. Mejorar la implicación de los padres en la educación de sus hijos.*
- 6. Reconocer la importancia de su rol como educadores.*
- 7. Promover la mejora de las relaciones padres-hijos.*
- 8. Apoyar la participación activa de los padres en los procesos de educación e implicación en las relaciones familia-escuela-comunidad. (Asociación de padres Europea, On-line:2009)*

A pesar de la variedad de los objetivos de los programas de formación de padres, una revisión revela que se centran en una o varias de las siguientes áreas (Fine y Brownstein, 1983): compartir información, adquisición y desarrollo de habilidades, cambio de creencias, resolver problemas y compartir la experiencia

Otro tipo de objetivos que se persiguen en estos programas es “tener poder para ser padres” (Asociación de Padres Europea, 2000). La mayoría de estas iniciativas incluyen métodos y estrategias para obtener “más poder”, en el sentido de incrementar su potencial de ser padres y su habilidad para utilizar los recursos educativos disponibles.

---

Por último debemos señalar, que consideramos que la finalidad general de los programas de formación de padres no es la mera transmisión de conocimientos teóricos o contenidos informativos, ni la proposición de modelos de comportamiento. Consiste más bien, en una ocasión para aprender de la experiencia, en el sentido de reflexionar sobre los problemas, las elecciones y las condiciones que caracterizan la vida diaria y su experiencia en situaciones de formación.

## **5. 2. Modelos de formación de padres**

El establecimiento de una tipología de programas de formación de padres es una tarea compleja ya que las dimensiones implicadas en ellos son muy diversas: formato del programa, objetivos que persigue, contenidos, recursos, alcance social, ámbito de actuación, grado de institucionalización... lo cual hace difícil su clasificación. Sin embargo, intentaremos ofrecer una posible tipología utilizando los criterios de Vila, I (2005).

### **5.2.1. Programas destinados a la Formación General de Padres**

**Las escuelas de padres**, ya hemos señalado anteriormente que, en un sentido amplio, **agrupan una parte importante de los programas de formación de padres.**

Son programas de alcance general y, por tanto, dirigidos a todas las familias que voluntariamente desean participar. Normalmente, sus objetivos consisten en ofrecer información sobre el desarrollo y el cuidado de los niños y, consecuentemente, suelen tener un grado bajo de institucionalización (Fresnillo, 2001).

*"La escuela de padres es un espacio de información, formación y reflexión dirigido a padres y madres, sobre aspectos relacionados con sus funciones parentales. Es un recurso de apoyo a las familias con menores, que puedan desarrollar adecuadamente sus funciones educativas y socializadoras y superar situaciones de necesidad y riesgo social, **es uno de los programas de carácter preventivo** que contribuyen a modificaciones de conductas y a la adquisición de pautas saludables de dinámica familiar"* (Fresnillo, 2001:9)

Apoyamos la idea de Fresnillo, ya que promover escuelas de padres tiene una clara función preventiva, incidirá tanto en la introducción de cambios en el contexto familiar, como que posibilitará un contexto de desarrollo mejor a los niños.

Existen también un gran número de actividades dirigidas a los padres en forma de charlas, discusiones, conferencias... A menudo, son actividades de divulgación sobre aspectos relacionados con el desarrollo y la educación de la infancia que, a veces, tienen continuidad en forma de ciclos y, otras, simplemente, responden a una preocupación puntual de un grupo de padres y madres.

### 5.2.2. Programas instruccionales dirigidos a padres

Los programas instruccionales tienen un grado de institucionalización más alto que los programas de formación general.

Son programas que **pretenden el aprendizaje explícito** por parte de los padres de unos contenidos específicos que les ayuden en la mejora de las prácticas educativas concretas o en la adquisición de determinadas habilidades educativas (Vila, 2005). Su alcance es más limitado que los programas de formación general y sus contenidos acostumbran a estar claramente definidos y secuenciados.

Estos programas, en general, asumen en sus actividades bastantes características de los procesos formales de enseñanza y aprendizaje **y se centran en algún aspecto concreto del desarrollo infantil** (Vila, 2005) , por tanto, algunos programas abordan contenidos relativos a, la alimentación de la infancia o aspectos sanitarios, desarrollo de habilidades comunicativas, con el objeto de favorecer la interacción de los padres con sus hijos o enseñan a los padres a cómo deben establecer normas y límites

En esta categoría **se pueden incluir los programas dirigidos a familias con hijos con condiciones personales de riesgo en su desarrollo**. Existen diferentes formas de actuación que se pueden ofrecer y llevar a cabo para ayudar a las familias (Ponce Ribas, 2007).

Intentaremos ofrecer un breve repaso teniendo en cuenta que cada una de las estrategias que vamos a definir, pueden ser útiles en diferentes momentos y por diversos motivos. Cada familia es diferente y puede tener sus preferencias sobre qué tipo de ayuda quiere o valorar si le apetece participar.

**Tabla 22: Programas instruccionales dirigidos a padres en Atención Temprana**

<b>PADRES</b>	Apoyo profesional	Grupos de apoyo: en grupo e individual. Programas de respiro familiar
	Apoyo entre iguales	Grupos autoayuda: Programas "de padres a padres"
<b>HERMANOS</b>	Apoyo profesional	Talleres de hermanos
	Apoyo entre iguales	Charlas-taller Grupos de apoyo
<b>ABUELOS</b>	Apoyo profesional	Talleres de abuelos

Fuente: elaboración propia a partir de Ponce Ribas, 2007

Diferentes profesionales ofrecen apoyo a los padres: trabajador social, psicólogo, médico, maestros, terapeutas... En ocasiones, estos profesionales ofrecen su apoyo en actividades de grupo y otras veces lo hacen de manera individual.

- **Grupos de apoyo:** es un término genérico que incluye un amplio rango de modalidades específicas de intervención promovidas o iniciadas por profesionales y que se basan en los beneficios terapéuticos que se producen al compartir experiencias similares (Rogers, 1987)

Los grupos de apoyo dan a los padres la oportunidad de escuchar las experiencias de otros padres de manera que se sientan menos solos y conocer de antemano los "secretos" que pueda tener el hecho de educar a un hijo con discapacidad. En ocasiones, estos grupos se convierten en grupos sociales, ya que permiten a los padres relacionarse entre sí y conocer gente nueva.

**Tabla 23: Tipos de grupos de apoyo**

<b>DE APOYO EMOCIONAL</b>	Los miembros se apoyan entre sí y comparten su experiencia y los sentimientos que les produce tener un hijo con discapacidad
<b>DE INFORMACIÓN</b>	Un experto habla sobre un tema concreto y su objetivo es ampliar los conocimientos y habilidades de los padres
<b>PSICOEDUCATIVOS</b>	Se da consejo e información a familias que van a pasar por un suceso vital predecible
<b>DE TRANSICIÓN</b>	Ayudan a superar una pérdida
<b>DE EDUCACIÓN PARA PACIENTES</b>	Informan sobre cómo manejar una enfermedad
<b>DE CRECIMIENTO PERSONAL</b>	Integrado por personas que desean cambiar, crecer o desarrollarse

Fuente: Elaboración propia a partir de Ponce Ribas, A, 2008. FEAPS

Cualquiera de estos grupos de apoyo, consideramos que son particularmente útiles y flexibles, para trabajar con los padres. Algunos padres pueden preferir un apoyo profesional individual para poder hablar algún aspecto en particular o una necesidad concreta.

- **Programas de Respiro familiar:** los servicios de respiro son apoyos puntuales a las familias para que sus miembros puedan realizar actividades de la vida diaria, que sería complicado o imposible llevar a cabo estando en casa un miembro con discapacidad.

Los objetivos de estos programas son los siguientes: aliviar la sobrecarga que soportan las familias con hijos con discapacidad más acusada o con problemas de conducta, favorecer las dinámicas familiares y de pareja normalizadas (de relación,



de ocio...) que la atención intensiva al miembro con discapacidad impide y reducir el estrés familiar (FEAPS, 2001).

- **Apoyo entre iguales**, son los **grupos de autoayuda**. Funcionan de forma autónoma, al margen de los profesionales. La mayoría de los grupos de autoayuda que existen han sido creados por asociaciones de padres que deseaban conectar con otras familias con hijos con el mismo tipo de discapacidad (Síndrome de Down, Parálisis cerebral...). Son los padres quienes se ocupan de desarrollar las sesiones, ofreciendo tanto apoyo emocional, compartiendo sentimientos, como información.
- **Programa de "padres a padres"**. Desde 1975 están presentes en Estados Unidos y más recientemente en algunas comunidades de nuestro país, se ofrece la posibilidad de que unos padres entrenados ofrezcan su apoyo de manera individual a familias que acaban de conocer el diagnóstico de su hijo.

En algunos Centros se denominan **"grupos de padres expertos"** que acuden a ayudar en su casa o incluso en el hospital a los padres inexpertos.

*"la relación padre a padre pretende ser una relación de empatía entre un padre "experto" y otro que acaba de tener un niño con problemas" (Zulueta, 2007: 81)*

Se trata de transmitir su experiencia como padres desde la cercanía que supone haber pasado por la misma situación. Se ha comprobado que un padre que ha tenido un niño con problemas está mejor preparado para entender a una persona que está pasando por lo mismo.

- **Talleres de Hermanos**. Esta actividad está basada en los "Shibshops" que Donald Meyer, 1990 inició en EEUU. Se tratan de actividades lúdicas y puntuales dirigidas a niños que tienen un hermano con discapacidad, para darles información y detectar si tienen alguna dificultad en la vivencia de la discapacidad y poder ofrecer orientaciones a sus padres.

Estos talleres permiten a los hermanos de niños discapacitados conocer a otros chicos en su misma situación, enfrentarse a sus confusos sentimientos, eliminar la culpa por amar y odiar a su hermano al mismo tiempo, ver que estos sentimientos son normales en su situación, poder expresarse libremente, hacer actividades con otros niños y sentirse comprendidos (Nuñez y Rodríguez, 2004).

- **Talleres de abuelos**: a raíz de algunas actividades que Donald J. Meyer y Patricia F. Vadasy (1989) proponían a los padres en su programa en Seattle (Washington, USA), se generó la idea de que los abuelos, de niños con necesidades especiales, era una población que no estaba suficientemente atendida.

---

A partir de aquí se plantearon llevar a cabo talleres dirigidos especialmente a abuelos de niños con discapacidad con el objetivo de atender sus necesidades tanto de apoyo como de información. Después de estas experiencias exitosas en EEUU, comenzaron a desarrollarse esta propuesta de talleres para abuelos en España, adaptándose a nuestra realidad.

Dada la influencia que pueden tener los abuelos en la adaptación de la familia a la discapacidad, éstos necesitan recibir información y apoyo para desarrollar su propio potencial y estar en disposición de proveer el apoyo necesario. Esto da sentido al desarrollo de programas que respondan a las preocupaciones de los abuelos (Ponce, 2007).

Apoyo y formación son las dos actividades que reflejan los componentes básicos de los talleres de abuelos. Creemos que estos talleres son un medio para proveer de apoyo a los abuelos, miembros tan importantes de la familia.

Una vez vista la intervención que se puede llevar a cabo con las familias dentro de la Atención Temprana, tiene sentido preguntarnos si en la práctica se están llevando a cabo, cuáles se perciben como más necesarias según las propias familias y los profesionales que trabajan con ellas, qué profesionales realizan el apoyo familiar. Esta es la base y el fundamento de nuestra investigación.

### **5.2.3 Programas dirigidos a conseguir mayor implicación de las familias en el proceso educativo**

Son programas que buscan la implicación conjunta de los padres y los educadores en la educación de la infancia. Se realizan en el ámbito de la educación escolar y suelen formar parte del propio proyecto educativo de la escuela (Vila, 2005).

Mediante estos programas, normalmente, se busca que las familias y los educadores compartan un proyecto educativo. Su diversidad es notable y va desde programas en los que las familias, los maestros y los niños hacen cosas juntos, como elaborar materiales para la escuela o implicarse activamente en talleres de cocina, música, teatro... hasta programas en los que se fomenta la presencia de las familias en el aula para que puedan observar directamente las actividades de la escuela.

Su grado de institucionalización depende del propio proyecto educativo de las escuelas. Así, en algunas, estas actividades están programadas a lo largo del curso, mientras que en otras, únicamente se limitan a programar la organización con las familias de una fiesta al trimestre.

#### **5.2.4. Servicios dirigidos al desarrollo de capacidades infantiles y de competencias educativas en sus familias**

Son servicios que se dirigen a las familias de una comunidad determinada y que centran su atención tanto en el desarrollo de los niños como en el desarrollo de las competencias educativas de los adultos que los cuidan. Su nivel de institucionalización es relativamente alto y su alcance es el del conjunto de la comunidad.

Estos servicios acostumbran a desarrollarse en un lugar específicamente diseñado para que las familias, los educadores y los niños hagan cosas juntos. Difieren en la organización y en el modo en que desarrollan sus actividades.

Los **Centros de Apoyo a las Familias (CAF) en la Comunidad de Madrid** se tratan de un dispositivo municipal de carácter público, polivalente y especializado, que ofrece un **espacio de prevención y apoyo a las familias madrileñas** (empadronadas en el municipio de Madrid), independientemente de sus características y situaciones, así como por aquellas parejas en proyecto de constitución de nuevas familias para ayudarles a afrontar sus dificultades.

Actualmente, en la Comunidad de Madrid existen cuatro Centros de Apoyo a las Familias.

## **6. CONSIDERACIONES FINALES**

- En nuestro siglo, el trabajo de la mujer fuera de casa, ya no sólo es por razones económicas, sino sobre todo, por motivos de su realización personal, ha planteado importantes cambios en la estructura y funcionamiento familiar. La emergencia de instituciones sociales, educativas y sanitarias organizadas por el Estado han "absuelto" a la familia de ser la única responsable del cuidado de los hijos.
- De las funciones de la familia, ponemos el acento en la función afectiva, búsqueda de felicidad y la función de cuidado y protección de sus miembros, en cuanto que la familia refuerza valores relativos al propio desarrollo personal, da apoyo y protección a sus miembros. Siempre habrá que recurrir a la familia para explicar el desarrollo evolutivo de los niños.
- No siempre se ha considerado a los padres como participantes activos en el proceso educativo o rehabilitador de sus hijos. Si en la actualidad se considera que se deben abandonar los modelos de Intervención Temprana centrados

---

exclusivamente en el niño, realmente el marco de actuación en la práctica en AT sigue centrado en el niño. A pesar de la importancia que se atribuye a la familia en AT, con frecuencia todavía se les considera como colaboradores pasivos, no hay referencias claras para identificar objetivos y estrategias de intervención familiar. Otra consecuencia es la modificación del rol del profesional de atención directa del modelo de trabajo en equipo.

- La intervención familiar también debe tener una orientación preventiva. En muchas ocasiones, las cosas no ocurren así y la intervención se inicia una vez que las dificultades ya se han hecho evidentes.

- El área de la formación de padres constituye una de las áreas que hay que fomentar y seguir desarrollando como instrumento para la mejora de la calidad en Atención Temprana.

- El ámbito de la intervención familiar en Atención Temprana debe promover la competencia educativa de las familias. Cada familia y cada uno de sus miembros tienen unas características exclusivas, por esto, es importante responder a las necesidades y preocupaciones de los padres, hermanos y abuelos.

- La atención a las necesidades familiares requiere no sólo la coordinación de los miembros del equipo sino también otras instituciones. Muchas de las necesidades de las familias requieren la concurrencia de otras instituciones, fundamentalmente de salud, de servicios sociales y de educación. Por ello es necesario desarrollar mecanismos formales e informales de relación con otros equipos, instituciones y profesionales, que permitan llegar a programas conjuntos de actuación sobre todo el sistema familiar.

**BLOQUE III:**  
**EDUCACIÓN INFANTIL**

## **1. INTRODUCCIÓN**

Actualmente nadie se cuestiona la necesidad de la **Educación Infantil**, siendo considerada ésta como **el tramo de enseñanza que comprende la etapa 0-6 años, primer y fundamental eslabón de nuestro Sistema Educativo** (Colmenar, 1995), cuya finalidad consiste en aprovechar al máximo las posibilidades de desarrollo del niño, potenciándolas y afianzándolas a través de la acción educativa, y dotar a los niños de las competencias, destrezas, hábitos y actitudes que puedan facilitar su posterior adaptación a la Educación Primaria (Aranda, 2008).

Estos primeros años son un momento único, crucial para su desarrollo con unas características y unas posibilidades que no tienen comparación con ninguna otra etapa (Gútiez, 1995).

Las nuevas ideas acerca de la niñez, así como las necesidades creadas por factores sociales y económicos, determinan y originan cambios en el tipo de actuaciones que se llevan a cabo con la primera infancia, iniciándose la creación de las guarderías y escuelas infantiles como centros de cuidado, atención y educación para los niños.

Los avances realmente importantes, en relación a los derechos de los niños se empiezan a producir, a partir del siglo XX. Comienza el desarrollo normativo y el consiguiente reconocimiento subjetivo de los derechos del niño. Las grandes medidas que condicionaron la protección de la infancia a nivel internacional: La *Declaración de Ginebra* (1924), La *Declaración Universal de los Derechos del Niño* (1959) y, la *Convención sobre los Derechos del Niño* (1989) han sido herramientas fundamentales para definir la aspiración a un mundo distinto, en el que el desamparo y las brutalidades históricas contra los niños puedan empezar a superarse y donde se concreta un compromiso con la protección de la infancia.

Es Kofi A. Annan (2005), Secretario General de las Naciones Unidas, quien afirma:

*"... solamente a medida que nos acerquemos a la realización de los derechos de toda la infancia, los países se acercarán a los objetivos del desarrollo y de la paz..."* (Annan, 2005: 5)

En el caso concreto de España, no será hasta el año 2006 cuando se apruebe el primer *Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia* y, en el caso concreto de la CAM, en el año 2002 se aprobó el *II Plan de Atención a la Infancia y la Adolescencia* (2002-2006).

---

Según la UNESCO (2007), la *Atención y Educación de la Primera Infancia* (AEPI) tiene como finalidad prestar apoyo y supervivencia, crecimiento, desarrollo y aprendizaje del niño, lo cual implica ocuparse de su salud, nutrición e higiene, así como de su desarrollo cognitivo, social, físico y afectivo desde su nacimiento hasta su ingreso en la escuela primaria, tanto en contextos formales como no formales.

Una de las notas que caracteriza al modelo español de educación infantil, es su conexión con el modelo de educación primaria, siendo España uno de los países, en los que algunos centros de educación infantil están anexos a centros de enseñanza obligatoria, el único en el que los horarios de apertura y cierre, así como el número de semanas que permanece abierto, coincide con los de educación primaria (Palacios, 2000).

Conforme a los trabajos que se han realizado sobre la Educación Infantil (Baena, 1993; Ruiz 2003), en la actualidad, es necesaria una educación de calidad, que ayude a mejorar las desventajas, ya sean físicas o sociales, que se puedan establecer en estas edades.

En este sentido, la educación Infantil es una etapa perfecta para compensar las desigualdades no sólo de tipo económico y social, sino madurativas y evolutivas en los niños de estas edades (Gútiérrez, 2005) e **implica, actuar preventivamente para evitar problemas de desarrollo**; responder a las necesidades de los niños, actuar de forma colaborativa, compensar las desigualdades potenciando el desarrollo máximo de las capacidades infantiles, gestionar óptimamente los recursos disponibles e implicar a toda la comunidad educativa en la mejora de la educación infantil (Gallego, 1999)

Esto nos hace considerar que la clave de la Atención Temprana debe ser la precocidad en su detección, la multidisciplinariedad y el enfoque ecológico, y vemos que, el ámbito más adecuado e integrador donde se puede proporcionar, es en la Escuela Infantil, ya que supone además de un sitio preferente para su detección (profesionales cualificados, edad temprana...), posee profesionales de diferentes disciplinas y atiende al niño, a su familia y al entorno más cercano.

El uso de los recursos de la Atención Temprana son un marco inmejorable para trabajar conjuntamente con la Escuela Infantil de manera que sirva como medio preventivo en esta etapa.

*"Ahora valoramos la infancia como un período de tiempo especial de crecimiento y de cambio, e invertimos una gran cantidad de recursos en el cuidado y educación de nuestros hijos. Los protegemos de los excesos del*

*mundo adulto con leyes especiales.... y contamos con presupuestos gubernamentales para ayudar a los niños cuando el sistema ordinario de apoyo familiar falla o cuando las familias alteran seriamente el bienestar del niño” (Santrock, 2003:5)*

## **2. REFERENCIAS HISTÓRICAS SOBRE LA INFANCIA**

La infancia ha sido tratada de muy diferente manera a lo largo de la historia (Colmenar, 1995). Este primer nivel de educación ha tardado mucho tiempo en incorporarse a la red escolar, a pesar de que pedagogos de todas las épocas vislumbraron la importancia de la educación recibida desde el inicio de la vida, ya que marcará el proceso de desarrollo personal.

Desde una perspectiva histórica, la infancia está ligada a la propia historia de la familia y especialmente a la de la mujer. Los cambios socioeconómicos y mentales han ido conformando las modalidades de educación infantil, que han ido oscilando desde la impartida en el marco doméstico hasta la llevada a cabo en casa-cuna, guarderías o escuelas de párvulos (Colmenar, 1995).

*“Históricamente, las necesidades y las obligaciones de los niños y las niñas nunca habían estado perfectamente diferenciadas de las de los adultos. Como los adultos, los niños/as en buen estado de salud han realizado tradicionalmente trabajos arduos y han sido a menudo combatientes en el campo de batalla” (UNICEF, 2005: 6)*

La Educación Infantil tuvo su origen y raíces en el cuidado y responsabilidad de los padres hacia sus hijos, a quienes se educaba en el entorno de la familia.

**La preocupación por la educación del niño tiene su origen en Grecia**, fueron **Platón y Aristóteles** quienes realizan un trabajo importante en la educación de la infancia, dedicando su atención a las primeras edades del niño. Señalaron el juego como medio importante de la educación y en la atención a la infancia, señalan el desarrollo armónico de la personalidad del niño, que incluía la educación física, intelectual y moral.

Otros referentes importantes en la educación a la infancia: Erasmo de Róterdam (1536), Juan Luis Vives (1540), Comenius (1670), sus ideas sobre la buena crianza de los niños desde el nacimiento y la necesidad de instruir en los primeros aprendizajes, van produciendo, poco a poco, un cambio de mentalidad.

Es en el **siglo XVIII** cuando comienza a gestarse un nuevo sentimiento hacia la infancia. Se empieza a socializar y a pretender universalizar la educación, se hace sin tener en consideración a las niñas. De la misma forma que la *Declaración de los*



---

*Derechos del Hombre* (1789) se dirige solo a una pequeña parte de la humanidad, el mundo de la educación seguirá cerrado para las niñas y no será hasta principios del siglo XX cuando se empiece a exigir de forma generalizada la igualdad de enseñanza para los dos sexos.

Con Rousseau (1778) queda reflejada la importancia que tiene la educación de la primera infancia y fue quien reclamó la atención que los padres deben prestar al menor, el fomento de los vínculos amorosos y la atención a la propia naturaleza infantil. Otro referente importante en la educación a la infancia es el pedagogo Pestalozzi (1747-1827), se esforzará en la creación de un método de enseñanza, teniendo en cuenta las leyes del desarrollo psíquico del niño.

Podemos señalar **en el s.XX un cambio definitivo en la educación infantil**, en cuanto a la consideración de la educación de la población menor de seis años (Colmenar, 1995). Este cambio no es sólo nominativo, sino que será fundamentalmente cuantitativo y cualitativo, se pone en marcha un proceso a través del cual, la sociedad comienza a amar, proteger y considerar a los niños.

Durante el primer tercio del siglo XX la Educación Infantil se desarrolló de manera notable con las influencias de María Montessori (1870-1952) y Ovidio Decroly (1871-1932). Piaget (1954), Dewey (1940), Gessell (1938). . . aportaran ideas y concepciones distintas sobre la educación en las edades tempranas.

Sin embargo, **oficialmente ha existido una concepción de la Educación Infantil meramente asistencial y preparatoria de la escuela primaria**. La ausencia de visión de la Educación Infantil como un nivel educativo con entidad propia, trae como consecuencia una total falta de atención, tanto en la elaboración de programas oficiales, como en la formación adecuada de su profesorado.

Conforme el interés y la sensibilidad por la infancia continúan creciendo, más evidente se hace una realidad, la existencia de niños diferentes, que comienzan a ser objeto de cuidado, atención, educación y estudio. La Educación Especial en nuestro país tuvo lugar en las primeras décadas del s.XX (Carreño, 2005).

Los cambios sociales y familiares que marcan el final del siglo XX empiezan a plantear la necesidad de crear lugares en donde el niño reciba cuidados asistenciales, pero que a su vez también reciba educación, lugares en donde haya adultos con formación específica que favorezcan el desarrollo integral del niño (Segura, 1994).

## 2. 1. Primeras Instituciones

Al margen del devenir histórico que ha situado la etapa de Educación Infantil en un lugar privilegiado, el ámbito educativo resalta por ser el campo que más compromiso legal y educativo-asistencial ha asumido en relación con la infancia y la discapacidad.

Cuando surgen en Europa las primeras instituciones encargadas de impartir Educación Infantil, se ha aludido a ellas utilizando una terminología diversa, propia de distintos países y momentos históricos y, también, referente a concepciones y métodos educativos diversos. Entre las más conocidas destacan las denominaciones de "escuela maternal", "escuela de párvulos", "kindergarten" o "jardín de infancia", "nursery school", "casa dei bambini", "escuelas infantiles"... (Colmenar, 1995).

Recogemos, en la siguiente tabla, iniciativas pioneras en Europa que se hicieron en Educación Infantil, intentando destacar los hitos educativos fundamentales.

**Tabla 24: Primeras instituciones de Educación Infantil en Europa**

<b>Siglo XVIII</b>	<b>Francia:</b> "Escuelas de Calceta" <b>Inglterra:</b> Dame schools <b>Alemania:</b> Asilos de niños <b>Holanda:</b> Escuelas de juego	Tenían una <b>finalidad de carácter marcadamente asistencial</b> y solo accidentalmente instructiva, la débil enseñanza que se seguía, consistía fundamentalmente en el aprendizaje de oraciones y practicas religiosas , solo en ocasiones, se facilitaba el aprendizaje de unas pocas nociones de lectura, escritura y cálculo, siendo su principal característica la falta de sistematización en la enseñanza.
<b>Siglo XIX</b>	<b>Francia:</b> "salle d ´ hospitalité", "salles d ´ asile" y "écoles maternelles". <b>Inglterra:</b> " infant school" <b>Alemania:</b> Kindergarten	Planificadas para <b>proporcionar educación moral, intelectual, y física</b> y estaba organizadas según modernos principios pedagógicos.

Fuente: Elaboración propia a partir de Colmenar, C (1995: 21-25)

Vemos como en el **siglo XVIII** comienza la propagación, en varios países Europeos, de un tipo de escuela para la primera infancia, concebida como una neta separación de la familia. Francia es el precursor de las primeras tentativas de educación infantil (Garrido, 1986).

En los inicios del **siglo XIX**, se llevan a cabo nuevas propuestas en los distintos países Europeos. No sólo se incorporan términos distintos para las instituciones, sino que supone también nuevas metodologías, basadas en el juego educativo y la adaptación de la escuela infantil a un ambiente adecuado.

Los **Kindergarten o jardines de infancia (1840), en Alemania, supusieron un auténtico hito histórico educativo en la Educación Infantil**. La educación basada en el juego, en el desarrollo natural de las potencialidades humanas del

---

niño y, en definitiva, de su libre espontaneidad, fueron las premisas pedagógicas básicas que configuraron una nueva escuela.

En sus orígenes la **Educación Infantil en España** contó con iniciativas de indudable importancia que datan de finales del s.XIX y principios del XX: Institución Libre de Enseñanza (ILE) y las Escuelas del Ave María, creadas por Manjón (1889), la primera escuela de párvulos en Madrid creada por Montesinos (1838). Las actuaciones de atención a la infancia en España, tienen puntos de partida diferentes: beneficencia, dar respuesta a las necesidades derivadas de la incorporación de la mujer al trabajo, la asistencia social, la promoción cultural y el desarrollo comunitario (Sánchez, 2008).

En España, aunque existió una gran preocupación por la educación de los más pequeños, no se empezó a hablar de educación Preescolar propiamente hasta que el Estado intervino en la educación. Es, seguramente, el nivel educativo que más va a acusar el cambio social, político y económico que experimenta nuestro país (Colmenar, 1995).

El pensamiento expresado por Simonetta Ulivieri (1986) recoge lo señalado hasta ahora:

*"... la creación de una institución escolar generalizada y obligatoria para todos es, pues, la expresión real, para bien y para mal, del "descubrimiento de la infancia", de su valoración, pero también de la necesidad para la incipiente sociedad industrial de conformar a sus miembros más jóvenes para servir a su propia necesidad y fines" (Ulivieri, 1986: 79).*

Hasta hace pocos años, la red de centros públicos y privados denominados guarderías, jardines de infancia... dan un giro en la orientación de la atención a la infancia, debido a la influencia de la Psicología y la Pedagogía, y demandan un nuevo tipo de centro que se empieza a denominar *Escuela Infantil*, como sustituto y mejora cualitativa de la guardería infantil.

La atención a la infancia se impregna entonces de principios psicopedagógicos formulados por Piaget (1985), Vygotsky (1979) quienes postulan que el niño se desarrolla mejor en compañía de otros.

El cambio en la denominación de este tipo de instituciones ha permitido sumar dos grandes preocupaciones, resultado de los cambios sociales ocurridos (Zabalza, 2002): por un lado, el reconocimiento de unos derechos educativos a la primera infancia y, por otro, compensar los desniveles existentes desde los primeros años de vida, intentando lograr la puesta en práctica de una igualdad de oportunidades real y efectiva.

## **2. 2. Situación actual en los servicios de atención a la infancia**

En la actualidad la UNESCO, en su sección sobre *Infancia Temprana*, así como el Observatorio de la Infancia de España y la Red Europea de Observatorios Nacionales de la Infancia, están concediendo una especial relevancia al tema de la educación temprana o de la *Educación y Cuidado de la Infancia Temprana (ECIT)*, o ECEC (*Early Childhood education and care*)

La UNESCO está centrando su interés tanto en la mejora de la educación temprana en aquellos países en vías de desarrollo, como en la provisión de plazas de educación para todos los niños en los países desarrollados. En este sentido, expertos de la UNESCO están analizando la calidad de estos servicios así como la formación de los profesionales que atienden a la infancia y las diferencias existentes entre los países (Cohen,2002; Heymann,J,2003; Bennett, 2004; Bennett, 2007)

Además de la educación temprana, otras cuestiones están centralizando el debate en Europa en materia de primera infancia, como son los programas de detección del maltrato infantil, abuso y riesgo social, la adopción internacional y nacional, la representación legal de la infancia , por último, especial consideración están adquiriendo las familias de los menores. En este sentido, se están creando grupos de trabajo destinados a analizar el tema de la coordinación con las familias y ofrecer los mecanismos de mediación y de apoyo.

En primer lugar, la "infancia" ha sido reconocida como un campo de actuación prioritario en el contexto Europeo con cierta demora; en el primer *Tratado de Constitución de UE* (1957) no se hizo ninguna referencia explícita a la infancia, no será hasta la Promulgación del tratado de Ámsterdam (1997) cuando la infancia comience a ser visible en la UE.

A partir de este momento, empiezan a sucederse estudios y recomendaciones para analizar la calidad de los servicios en especial de los educativos, que se ofrecen a la infancia. Como resultado de ello, en el año 1996, la Red de Atención a la Infancia de la Comisión Europea publicó el estudio *Objetivos de Calidad en los servicios Infantiles*. Estos objetivos se traducen en 40 criterios que se organizan en torno a ocho grandes bloques: objetivos políticos, objetivos financieros, objetivos para los niveles y tipos de servicios, objetivos educativos, objetivos para la ratio personal-niño, objetivo para la contratación y formación del personal, objetivos del entorno y de la salud y objetivos para las familias. La Comisión Europea determinó la posibilidad de alcanzar estos objetivos en el año 2006.

---

Los modelos de educación infantil de los países de la Unión Europea (UE), han tomado como punto de partida los objetivos relacionados con la ratio, el tamaño de los grupos, la formación del profesorado, aunque en ocasiones hayan quedado como una mera declaración de intenciones (Moss, 2004; Arrillaga, 2007).

Si la década de los noventa constituyó un gran avance, hoy día **la situación en que se encuentran tanto la Educación Infantil como otros servicios de atención a la infancia en los países de la UE es crítica**, desde problemas de mercantilismo que están convirtiendo la Educación Infantil en un lujo que no todas las familias pueden costear, hasta las recomendaciones que se plantean hoy día, encaminadas únicamente a la cantidad de niños que deben ser atendidos en escuelas y no a la calidad de la atención que se presta. Así mismo, el sentido de la escuela temprana está adquiriendo una relevancia que no está en consonancia con las necesidades de la infancia. La escuela infantil, máxime en los primeros años, no es la respuesta para todos los niños, como denuncian ya algunos expertos (Balaguer y Moss, 2004; Cohen, 2004).

Los documentos legales, los textos institucionales y la literatura científica están aduciendo diferentes motivos a veces contrapuestos. La E.I como estrategia de prevención de desigualdades. La E.I como mejor forma de estimulación de capacidades y preparación para los aprendizajes, la EI como estrategia de igualdad de oportunidades laborales para las mujeres..., pero también algunas voces críticas que cuestionan la capacidad irreversible de estimulación que proporciona la EI (Bruer, 2000) así como una serie de expertos que cuestionan la calidad de los servicios de EI (Moss, 2004; Dahlberg y Moss, 2005; Bennett, 2007)

En cualquier caso hoy día casi el 100% de los niños entre 3 y 6 años está escolarizado y el tramo 0-3 se ha triplicado en los últimos 10 años (Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (MEPSYD, 2007) lo cual hace que el periodo de EI revista una especial importancia, sobre todo en lo referente a la prevención, detección y atención temprana de las DD de la infancia.

Los anteriores datos de escolarización nos llevan a un hecho incontestable; si el 100% de los niños de 3 años está escolarizado y el porcentaje de 0 a 3 va en aumento, cualquier niño que eventualmente tenga una DD, en su desarrollo, va a estar en la EI por este motivo. La EI adquiere hoy día una gran responsabilidad para con las DD de la infancia y debe ser un campo de especial cuidado para aquellos gobiernos que asuman tal compromiso.

### **3. EDUCACIÓN INFANTIL EN EL SISTEMA EDUCATIVO ESPAÑOL**

Es preciso aclarar la duplicidad de acepciones fundamentales que tiene este periodo escolar. Si tomamos acepciones amplias del concepto de educación infantil (Castillejo, 1989; Gútiez, 1995), considerándola como la educación que abarca desde los primeros días de vida del niño hasta su entrada en la enseñanza de carácter obligatorio, parece necesario otorgar a este tramo educativo una sistematicidad y rigurosidad en su tratamiento, remarcando su necesidad como:

“...base e inicio del proceso educativo, dirigida y ofertada a todos los niños que la demanden, debe ser una oferta educativa reglada y generalizada para toda la población comprendida entre los cero y los seis años” (Gútiez, 1995:102)

Aranda (2008) hace referencia a la educación infantil, como el conjunto de intervenciones o acontecimientos educativos, familiares, ambientales, que de hecho recibe el niño, desde su nacimiento hasta el inicio de la escolarización obligatoria.

Período pues flexible, por cuanto depende de la limitación establecida en cada sistema escolar. Desde esta perspectiva, se alude a la educación anticipada a todo proceso educativo obligatorio, institucional o reglado. Todo ello sin olvidar que la primera institución educativa como tal es la familia.

Podemos **remarcar el carácter educativo del que se reviste este tramo educativo** basándonos en las consideraciones de que el niño es educable desde que nace (Vidal, 1990). Reconocemos que requiere de un tratamiento específico, puesto que el niño es una persona en proceso de desarrollo.

Consideramos la **educación infantil como la educación institucional que se realiza entre los 0 y 6 años, en centros o en instituciones especializadas de variada naturaleza y denominación**: casas de niños, escuelas infantiles, centro escolar..., cuya finalidad consiste en aprovechar al máximo las posibilidades de desarrollo del niño, potenciándolas y afianzándolas a través de la acción educativa, y dotar a los niños de las competencias, destrezas, hábitos y actitudes.

**Tabla 25: Evolución del concepto según la normativa**

<b>TÉRMINOS</b>	<b>LEYES</b>
<b>Educación preescolar</b> Guardería: 0-2años; Jardín de infancia: 2-3 años; Párvulos: 4-5 años	LGE (1970). Función : asistencial, lúdica, formativa
<b>Educación Infantil</b> : Etapa única Dos ciclos: 0-3 años y 3-6 años Centro de educación infantil o Escuela Infantil	LOGSE (1990) Función educativa
<b>Educación preescolar</b> (0-3): atención educativa <b>Educación Infantil</b> (3-6)	LOCE (2002). Función asistencial (0-3) y educativa (3-6)
<b>Educación Infantil</b> Etapa única 0-6. Centro de Educación Infantil	LOE (2006). Función educativa

Fuente: elaboración propia a partir de la legislación

En **1970 aparece la Ley General de educación (LGE)**, regula y estructura, por primera vez en el s.XX, todo el sistema educativo español, donde aparecen referencias legales a la denominada entonces **Educación Preescolar**, como respuesta por parte del Ministerio de Educación a la fuerte presión social existente para la creación de escuelas maternas (2-4 años era voluntaria y se impartía fundamentalmente en centros privados y guarderías, sin una regulación definida en cuanto a contenidos curriculares). Desde el nacimiento hasta los dos años, la Administración educativa no tenía responsabilidades, por tanto se le atribuía un carácter asistencial y tampoco se demandaba una titulación específica al efecto.

Es a partir de los 4 años de edad cuando se posibilita la creación de aulas de 4 y 5 años que reciben la denominación de *párvulos* (era voluntaria y se impartía en centros públicos y privados), este tramo era concebido ya con una función formativa y se exigía una formación de maestro especialista en párvulos o preescolar, equivalente a Diplomado Universitario (Medina,1993). El currículo se limitaba a la preparación para las materias instrumentales: prelectura, preescritura y precálculo (MEC, 1969).

De este modo, se establece la Educación Preescolar como un nivel cuyo objetivo fundamental era el desarrollo armónico de la personalidad del niño (LGE, art.13). No solo reconocía como derecho la educación de los niños, sino que además

elevaba este derecho al rango de obligación familiar (art. 5.2). **La familia tenía como deber y derecho primero e inalienable la educación de sus hijos.** Junto a este aspecto se regulaba la capacidad de los padres para elegir centro docente y ser informados periódicamente del proceso educativo.

Esta Ley recoge la necesidad de proporcionar a los padres conocimientos y orientaciones técnicas relacionadas con la misión educadora y de cooperación con los centros.

En 1973 se aprueban ciertas orientaciones pedagógicas para la etapa, otorgándole una entidad educativo-asistencial y reservando la educación preescolar para aquellos niños cuyas madres (o sustitutos no puedan ocuparse de ellos (MEC, 1973). Es en este año cuando queda establecida por primera vez, la Educación Preescolar como nivel del sistema educativo, señalando objetivos y actividades para cada edad, desde los 2 hasta los 5 años (Retortillo y Puerta 2004). A partir de este momento se produce un amplio desarrollo de esta etapa, tanto en la escolarización como en su estructura y orientación psicopedagógica.

Siguiendo el desarrollo normativo, **la Ley Orgánica 1/1990 de Ordenación General del Sistema Educativo en 1990** (LOGSE), reconoce por vez primera la Educación Infantil como una etapa más del sistema educativo. En su ordenación concibe la educación infantil como el primer nivel del sistema educativo con una duración de seis años, y dividido en dos ciclos. Con esta Reforma del Sistema Educativo, se supera el carácter asistencial que recubría la educación infantil con la Ley General de Educación (1970).

**Surge una Educación Infantil de carácter no obligatorio pero educativo** basada en las siguientes premisas:

*“ todos los niños tienen derecho a tener las mismas oportunidades de acceso a una educación y una atención adecuada y de buena calidad, y por ello, a medida que se ha ido profundizando en el conocimiento del niño y sus necesidades las respuestas educativas que se les dan son más adecuadas y precisas”* (Gútiez, 1995:106)

A pesar, de la no obligatoriedad de la etapa, **en la LOGSE se reconoce, por primera vez, su carácter exclusivamente educativo**, estableciendo como su finalidad contribuir al desarrollo físico y personal de los niños, así como compensar las desigualdades que por diversas razones existan, regulándose las condiciones que deben cumplir los centros que impartan esta etapa, tanto en estructura física, como en formación del personal.

A partir de la aplicación de la LOGSE, cobra mayor importancia el proceso de evaluación y detección de las alteraciones del desarrollo en educación infantil. Hay una comprensión de las diferencias individuales, desde una concepción



---

interaccionista que contempla simultáneamente los ámbitos cognitivos, afectivos y relacional.

*"El sistema educativo dispondrá de los recursos necesarios para que los alumnos con n.e.e, temporales o permanentes, puedan alcanzar dentro del mismo sistema los objetivos establecidos con carácter general para todos los alumnos" (Art.36.1)*

Después del profundo cambio que vivieron los centros de Educación Infantil, en el año 2002 se promulga **la Ley Orgánica 10/2002 de Calidad de la Educación (LOCE)**, que realiza una ruptura entre el ciclo de 0 a 3 años y el ciclo de 3-6 años.

El primer ciclo se denomina **Educación Preescolar**, donde se realiza una actividad básicamente asistencial sin carácter educativo, con escasas referencias pedagógicas en las cuales no se conocen las necesidades de los niños en estas edades, y el segundo ciclo se denomina **Educación Infantil** cuya finalidad es el desarrollo físico, intelectual, afectivo, social y moral de los niños. Introduce la enseñanza bilingüe y la religión a los padres que lo soliciten.

Aunque esta ley supuso algunos cambios negativos en la ordenación de la etapa, en el caso concreto de la CAM, la Red Pública de Escuelas Infantiles no llegó a verse afectada (Arrillaga, 2006).

Finalmente, con la publicación de **la Ley Orgánica 12/2006 de Educación (LOE)**, el sistema educativo remarca de nuevo la importancia de esta nueva etapa dentro del marco educativo y no meramente asistencial para el primer ciclo, volviendo a los principios propuestos por la LOGSE. Considera la Educación Infantil, como etapa educativa con identidad propia. Establece la titulación específica de estos centros, la considera un medio de adaptación y extiende la escolarización gratuita del segundo ciclo.

Determina un currículo, de modo global, para 0-6 años e introduce la exigencia de que, a partir de él, **los centros realicen una propuesta pedagógica que recoja su carácter educativo:**

*Art. 14.7: "las administraciones educativas determinarán los contenidos educativos del primer ciclo de la educación infantil ...asimismo regularán los requisitos que hayan de cumplir los centros que impartan dicho ciclo, relativos en todo caso, a la relación numérica alumnado-profesor, a las instalaciones y al número de puestos escolares (...)"*

*Art. 15 "Las **administraciones públicas**, garantizarán un **incremento progresivo de la oferta de plazas en el primer ciclo** para atender la demanda y **coordinarán** las políticas de cooperación entre ellas y con el resto de entidades para asegurar la oferta educativa (...)" Capítulo I: Educación Infantil, LOE (2006)*

Consideramos que, a pesar de la declaración que se lee en la ley sobre la teórica unidad, identidad y carácter educativo de la etapa, la educación infantil queda escindida en dos ciclos, debilitando el ciclo el ciclo 0-3 al no elaborar ninguna normativa de mínimos. Como resultado, las diferentes Comunidades Autónomas tienen competencia para organizar este ciclo, lo cual conlleva diferencias cualitativas y cuantitativas, así como una indeterminación normativa en aspectos curriculares y organizativos (contenidos educativos, ratios, número de puestos escolares, titulaciones profesionales, requisitos de espacios)..

La LOE establece qué es el currículo y señala que al Gobierno le corresponde su fijación en relación con las enseñanzas mínimas, estableciendo con exactitud el porcentaje de éstas que le compete, en su artículo 6:

- 1. "... se entiende por **currículo** el conjunto de objetivos, competencias básicas, contenidos, métodos pedagógicos y criterios de evaluación de cada una de las enseñanzas reguladas en la presente Ley".*
- 2. "Con el fin de asegurar una formación común y garantizar la validez de los títulos correspondientes, el Gobierno fijará, en relación con los objetivos, competencias básicas, contenidos y criterios de evaluación, los aspectos básicos del currículo que constituyen las enseñanzas mínimas a las que se refiere la Disposición Adicional Primera, apartado 2, letra c) de la Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, Reguladora del Derecho a la Educación".*
- 3." Los contenidos básicos de las enseñanzas mínimas requerirán el 55 por ciento de los horarios escolares para las Comunidades Autónomas que tengan lengua cooficial y el 65 por ciento para aquellas que no la tengan".*

La **importancia de cooperar estrechamente con las familias** es un principio general que se resalta en la LOE:

*Art. 12.3: "con objeto de respetar la responsabilidad fundamental de las madres y padres o tutores en esta etapa, los centros de educación infantil cooperarán estrechamente con ellos".*

Se establece un título nuevo denominado **Equidad en la educación**, que sustituye a la Compensación de las desigualdades en la educación (Título V de la LOGSE) y a las referencias a la Educación Especial de la misma Ley.

Queda resaltado en varios artículos el **carácter preferente, preventivo y compensador de la educación infantil** para detectar, escolarizar y adecuar la

---

respuesta educativa del sistema lo antes y lo mejor posible (art.74.4, 77, 81, 1, 155 y 157.1)

En La LOE, se sustituye la denominación alumnos con necesidades educativas específicas (LOCE) por **alumnos con necesidad específica de apoyo educativo**. La atención de este alumnado se iniciará desde el mismo momento en que dicha necesidad sea identificada. Se registrará por los principios de normalización e inclusión.

*"corresponde a las administraciones educativas asegurar los recursos necesarios para que los alumnos y alumnas que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar **necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar**, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales, y en todo caso ,los objetivos establecidos con carácter general para todo el alumnado"* (Art.71.2 )

El **Real Decreto 1630/2006**, de 29 de diciembre, especifica las **enseñanzas mínimas** que todas las administraciones educativas deben hacer constar, cuyo desarrollo afecta sólo al **segundo ciclo de Educación Infantil**. Señala la finalidad de la Educación Infantil para este segundo ciclo:

1. La finalidad de la E.I es la de contribuir al desarrollo físico, social e intelectual de los niños y niñas.
2. En ambos ciclos se atenderá progresivamente al desarrollo afectivo, al movimiento y los hábitos de control corporal, a las pautas elementales de convivencia y relación social, así como al descubrimiento de las características físicas y sociales del medio. Además se facilitará que niños y niñas elaboren una imagen positiva y equilibrada y adquieran autonomía personal (Artículo 2).

Este Real Decreto establece objetivos, fines y principios generales referidos al conjunto de la etapa. En virtud de las competencias atribuidas a las administraciones educativas, según los artículos 14.7 y 6.4 de la LOE, corresponde

a éstas determinar los contenidos educativos del primer ciclo de la educación infantil.

Los aprendizajes del segundo ciclo se presentan en tres áreas diferenciadas, de las que se describen sus objetivos generales, contenidos y criterios de evaluación mínimos que han de cumplir todas las Comunidades Autónomas (Artículo: 3, 4, 5 y 7)

Este Real Decreto considera que, en el proceso de desarrollo y aprendizaje de los niños, adquiere una **relevancia especial la participación y colaboración con las familias**. (Artículo: 9- 3).

Si la etapa se define como única, consideramos que con este decreto, se realiza una ruptura en la Etapa Infantil, entre el ciclo de 0 a 3 años y el ciclo de 3-6 años, ya que el currículo, su desarrollo y los elementos que lo componen así como los requisitos mínimos de los centros, los profesionales y la organización de sus dos ciclos, deben mostrar su equilibrio, coherencia y unidad, pero no es así.

### **3. 1. Objetivos de la Educación Infantil**

El proceso educativo, en Educación Infantil, ha de responder a los requerimientos del desarrollo evolutivo propio de esta etapa educativa, es decir, a las necesidades fisiológicas, motrices, afectivas, de socialización, de comunicación, de autonomía, lúdicas, de observación y de exploración que desencadenan el interés del niño y que impulsan el desarrollo de las capacidades infantiles (García, 2004).

De aquí que la Administración Educativa de nuestro país, al plantearse el currículum correspondiente a esta etapa educativa, lo centre en el desarrollo en los niños de capacidades que le permitan

- a. Conocer su propio cuerpo y el de los otros, sus posibilidades de acción y aprender a respetar las diferencias.*
- b. Observar y explorar su entorno natural, familiar y social*
- c. Adquirir progresivamente una autonomía en sus actividades habituales*
- d. Desarrollar sus capacidades afectivas*
- e. Relacionarse con los demás y adquirir progresivamente pautas elementales de convivencia y relación social, así como ejercitarse en la resolución pacífica de conflictos.*
- f. Desarrollar habilidades comunicativas en diferentes lenguajes y formas de expresión.*
- g. Iniciarse en las habilidades lógico-matemáticas, en la lecto-escritura y en el movimiento, el gesto y el ritmo (Artículo 13).*

Los objetivos de esta etapa, en la enumeración anterior, se establece que deben alcanzarse mediante el desarrollo de unas capacidades. En ellos se mezclan aspectos de las dos leyes anteriores (LOCE y LOGSE) con otros nuevos que destacan la convivencia y la resolución pacífica de conflictos.

---

La Orden ECI72211/2007, de 12 de julio, señala:

*"la incorporación de las ocho **competencias básicas al currículo** permite poner el acento en aquellos aprendizajes que consideran imprescindibles, desde un planteamiento integrador y orientado a la aplicación de los saberes adquiridos. De ahí su carácter básico."*

Entendemos que **la escuela actual tiene como objetivo fundamental el desarrollo de competencias, de actitudes, que permitan a los niños integrarse en su entorno y de responder a las demandas de los diferentes contextos en los que vive, sin embargo, en el currículo de Educación Infantil no se recogen las competencias básicas.**

Consideramos que la incorporación de las competencias en la LOE conllevaría, también, consecuencias en la etapa de educación infantil: en el currículum, sería una modificación e integración de las tareas actuales y, en la organización, creemos que, especialmente, en la colaboración con las familias.

En el desarrollo de estos objetivos, la LOE (2006) señala en el artículo 12 sobre los principios generales de la etapa lo siguiente *"con el objeto de respetar las responsabilidades fundamentales de las madres o tutores en esta etapa, los centros de educación infantil cooperarán estrechamente con ellos"*

Entre los **principios pedagógicos que marca la ley para ambos ciclos de la educación infantil**, se atenderá progresivamente al desarrollo afectivo, social e intelectual (art. 12.2), al movimiento, a las manifestaciones de la comunicación y del lenguaje, a las pautas elementales de convivencia y relación social, así como al descubrimiento de las características físicas y sociales del entorno en el que viven. Además se facilitará que los niños elaboren una imagen de sí mismos positiva y equilibrada y que adquieran autonomía personal (art. 14.3).

Se ponen de manifiesto principios como la **importancia dada al clima de afecto y confianza que debe crearse para potenciar su autoestima e integración social** y la necesidad de canalizar el conjunto a través de las experiencias, las actividades y el juego (art.14.6).

Nos parece fundamental que se puedan cumplir los requisitos y características funcionales mínimas que debe tener el ambiente, creado por los adultos, para permitir que los niños/as deseen alcanzar los objetivos propuestos, por necesidad, por interés y por el significado que tengan en su entorno, y que, en la práctica, no han mejorado para la educación infantil.

Consideramos preocupante que no se hable de la ratio de esta etapa (art.157), pero que sí se establezca la posibilidad de aumentarla un 10% con carácter general para atender a situaciones inmediatas (art.87.2)

Establece la organización de los contenidos educativos en áreas:

*“los **contenidos educativos** de la Educación Infantil quedan **estructurados en áreas** correspondientes a ámbitos propios de la experiencia y del desarrollo infantil y se abordarán por medio de **actividades globalizadas que tengan interés y significado para los niños**” (Art.14.4)*

Es el **Real Decreto 1630/2006** de 29 de diciembre, en el que se establecen las **enseñanzas mínimas del segundo ciclo** de la educación Infantil, donde se van a concretar los contenidos educativos solo del segundo ciclo.

Estos contenidos educativos se organizarán en áreas correspondientes a ámbitos propios de la experiencia y del desarrollo infantil y se abordarán por medio de experiencias, actividades globalizadas y juegos y se aplicarán en un ambiente de afecto y confianza, para potenciar su autoestima e integración social.

En los aprendizajes, del segundo ciclo de la educación infantil, se sigue manteniendo (con la LOCE) la introducción de una primera lengua extranjera. Asimismo, fomentarán una **primera aproximación** a la lectura y a la escritura, así como experiencias de iniciación temprana en habilidades numéricas básicas, en las tecnologías de la información y la comunicación y en la expresión visual y musical.

**Tabla 26: Áreas y contenidos educativos del segundo ciclo (3-6 años)**

ÁREAS	CONTENIDOS
<b>El conocimiento de sí mismo y autonomía personal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ El cuerpo y la propia imagen</li><li>▪ Juego y movimiento</li><li>▪ La actividad y la vida cotidiana</li><li>▪ El cuidado personal y la salud</li></ul>
<b>Conocimiento del entorno</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Medió físico: elementos, relaciones y medida</li><li>▪ Acercamiento a la naturaleza</li><li>▪ Cultura y vida en sociedad</li></ul>
<b>Lenguajes: comunicación y representación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Lenguaje verbal</li><li>▪ Lenguaje audiovisual y tecnologías de la información y la comunicación</li><li>▪ Lenguaje plástico</li><li>▪ Lenguaje musical</li><li>▪ Lenguaje corporal</li></ul>

Fuente: elaboración propia a partir del Real Decreto 1630/2006

Estas áreas deben entenderse como ámbitos de actuación, como espacios de aprendizaje de todo orden: de actitudes, procedimientos y conceptos, que contribuirán al desarrollo de los niños y su aproximación a la interpretación del mundo.

---

Vemos como en el currículo, del segundo ciclo de la etapa, se da especial relevancia a los aprendizajes orientados al conocimiento, valoración y control que los niños van adquiriendo de su propia persona, de sus posibilidades y de la capacidad para utilizar con cierta autonomía los recursos disponibles en cada momento.

A la vez, el desarrollo de las destrezas y capacidades individuales contribuyen al desarrollo del pensamiento y sientan las bases para el posterior aprendizaje. Con todo esto, aprenden a relacionarse con los demás y a respetar las normas de convivencia, a vivir juntos y al posterior desarrollo de la competencia social.

En el análisis de los objetivos y áreas curriculares observamos que la Educación Infantil, tal como se ha concebido, cumple una finalidad al servicio del desarrollo infantil temprano y del desarrollo propiamente escolar (esto es, de preparación para la escolaridad) a juzgar por la amplitud de áreas curriculares y contenidos.

Para la Administración educativa es importante, en el segundo ciclo de la educación infantil, la evaluación por parte del educador. Una evaluación en sentido formativo, global, continua, basada en la observación que permita identificar los aprendizajes adquiridos y el ritmo y características de la evolución de cada niño.

Entendemos que **en esta etapa educativa, se sientan las bases para el desarrollo personal y social**, y se integran aprendizajes que están en la base del posterior desarrollo de competencias que se consideran básicas para todos los alumnos y se contribuye a realizar una prevención de los problemas posteriores que se pueden presentar en los niños.

En el análisis de los objetivos y áreas curriculares parece indicarnos que la E.I, tal como se ha concebido, cumple una finalidad al servicio del desarrollo infantil temprano y del desarrollo propiamente escolar (esto es de preparación para la escolaridad) a juzgar por la amplitud de áreas curriculares y contenidos.

La realidad es que la Educación Infantil realiza un importante papel de cuidado que debiera verse reflejado en temáticas relacionadas con el desarrollo emocional, la vinculación o las dificultades de algunos niños para acomodarse de forma temprana a esta institucionalización aunque tenga un carácter educativo.

El **Decreto 17/2008, de 6 de marzo**, establece los aspectos básicos del currículum de **educación infantil en la CAM**; en dicho texto legal, aparecen diferenciados los contenidos educativos del primer y segundo ciclo de la Educación Infantil.

En la siguiente tabla recogemos las áreas y contenidos educativos del primer ciclo de educación infantil:

**Tabla 27: Áreas y contenidos educativos del primer ciclo (0-3 años)**

ÁREAS CURRICULARES	CONTENIDOS EDUCATIVOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conocimiento de sí mismo y autonomía personal</li> <li>▪ Conocimiento del Entorno</li> <li>▪ Lenguajes: comunicación y representación</li> </ul>	<p><b>1. Adquisición de hábitos elementales</b> de salud y bienestar, mejora de sus destrezas motrices y de habilidades manipulativas, desarrollo del lenguaje, establecimiento de vínculos afectivos y expresión de sentimientos y emociones.</p> <p><b>2. Ámbitos de experiencia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desarrollo del lenguaje como centro del aprendizaje</li> <li>▪ El conocimiento y progresivo control de sus propio cuerpo</li> <li>▪ El juego y el movimiento</li> <li>▪ El descubrimiento del entorno</li> <li>▪ La convivencia con los demás</li> <li>▪ El equilibrio y desarrollo de su afectividad</li> <li>▪ La adquisición de hábitos de vida saludables que constituyan el principio de una adecuada formación para la salud.</li> </ul> <p><b>3. Desarrollo de estos contenidos</b> debe basarse en que la <b>madurez de los niños es un proceso continuo que se produce a diferentes ritmos.</b></p>

Fuente: Elaboración propia a partir del Decreto 17/2008

Estos contenidos se operativizan mucho más para el segundo ciclo de Educación Infantil.

Por lo tanto, como parte del sistema educativo que es, la etapa de Educación Infantil comparte con las otras etapas que lo integran muchas de sus características, pero su carácter diferenciador, centrado en la edad de los niños que atiende, le hace poseer otras tantas específicas como son las siguientes (García Nieto, 1995; LOGSE, 1990; Marchesi, 1990):

- el *carácter globalizador que preside la etapa*, perspectiva desde la que se considera al niño como un todo para el que cada actividad debe suponer una experiencia significativa que favorezca el desarrollo de su dimensión física, social, afectiva e intelectual.
- La necesidad de *facilitar y favorecer un clima afectivo de seguridad y confianza*, que permita al niño establecer relaciones afectivas cada vez más sólidas y que le lleven a conocer mejor al otro y a sí mismo.
- La *organización de ambientes* que favorezcan experiencias positivas y permitan plantearse adquisiciones superiores, ajustadas en tamaño y seguridad.
- La *atención a la diversidad*, desde la que se atenderá a todos los niños, sin diferencias ni discriminaciones, sino atendiendo a la singularidad de cada uno, incluso en sus ritmos biológicos, prestando atención a aquellos que presenten necesidades educativas especiales, e inculcando el respeto a las diferencias como factor positivo y eje del proyecto educativo.



- 
- La *consideración del centro como comunidad educativa*, en la que todo el equipo docente trabaja de manera conjunta para asegurar la coherencia y continuidad educativa; la *actuación del profesor*, que debe estar centrada en el niño, adaptando cada actividad al ritmo, necesidad y demanda de cada uno.
  - Y por último, la *comunicación con los padres*, que se hace especialmente importante en esta etapa como herramienta para facilitar la unidad de criterios y actuaciones, considerada pieza clave para la consecución de los objetivos

### 3.2. Implicación-participación de las familias

Como ya hemos señalado en el capítulo anterior, la familia, en esta etapa cumple un papel crucial en el proceso evolutivo y de evolución infantil. Por esta razón, los objetivos planteados por el centro deberán ser en consonancia con los objetivos familiares. Esto hace necesaria la adopción de criterios comunes de actuación en la relación familia-escuela, que será mayor en la medida que se implique a los padres en el Proyecto Educativo del centro.

La historia de la relación familia y escuela, viene señalada por procesos legislativos que han aportado diferentes matices que van, desde el reconocimiento de la responsabilidad primera de los padres en la tarea educativa de sus hijos, hasta el reconocimiento del libre ejercicio de su derecho a elegir entre diferentes propuestas de educación. Una **primera referencia de las relaciones entre la familia y la escuela aparece en la Ley General de Educación de 1970**, cuando se reconoce el derecho de los padres a intervenir en la educación de sus hijos (Art.5.2).

La **Ley Orgánica 8/1985**, de 3 de julio, reguladora del **Derecho a la Educación**, regula el derecho de la participación de las familias y las posibilidades de su ejercicio (Art.4 y 5), mantenidos en vigor en las sucesivas Leyes, hasta la actual LOE que deroga muchos elementos pero mantiene la filosofía de participación ya vigente.

La **LOE (2006)** indica que la **implicación de los padres en el proceso educativo de sus hijos reviste una especial transcendencia** *“a fin de hacer efectiva la corresponsabilidad entre el profesorado y las familias en la educación de sus hijos las ad.educativas adoptarán medidas que promuevan e incentiven la colaboración efectiva entre la familia y la escuela”* (Art.118.).

Busca que la acción educativa de las familias y de la escuela discurra en una dirección armónica y una novedad, que encontramos en esta Ley, es la propuesta

de "*compromisos educativos*" entre los centros y las familias, que detallen las actividades que padres, profesores y alumnos se comprometen a desarrollar para mejorar el rendimiento académico.

Las investigaciones parecen indicar que la implicación de la familia, entendida como *participación activa, reconocimiento por parte de los padres del valor que tiene lo que se hace en el centro para el desarrollo integral de su hijo, preocupación por la evolución del niño en cada una de las áreas del desarrollo, e implicación real y sistemática en el desarrollo de las actividades del aula* (Zabalza, 2000), es importante para el éxito de los programas centrados en el niños (Bronfenbrenner, 1974; Epstein, 1983; Reynolds, 1989) y para el progreso académico de éstos, observándose un fuerte impacto sobre el potencial de desarrollo (Bronfenbrenner, 1974; Garbaino, 1982; Gútiérrez, 1995, Aranda, 2008).

En la actualidad hay un gran interés en el estudio de la influencia que para el desarrollo del niño tiene el que la familia, más concretamente los padres, se impliquen y participen en el otro contexto en el que su hijo interactúa, el centro educativo (Zabalza, 2006); más allá de los efectos del apoyo afectivo, del refuerzo de la motivación y de las transferencias de expectativas de los padres respecto del niño, que constituyen sin duda aspectos importantes a tener en cuenta, las competencias educativas de las familias y la vinculación entre ésta y la escuela favorecen el desarrollo del niño (Agencia Europea, 2005). Asimismo, la percepción positiva del potencial educativo del niño por parte de los padres, el apoyo afectivo y la vinculación entre familia y escuela contribuyen a mejorar la calidad de la educación infantil (Palacios, 2005).

Durante la etapa infantil, familia y escuela comparten la responsabilidad de desarrollar la personalidad infantil (Gútiérrez, 1995), este trabajo conjunto supone para los padres la respuesta a su necesidad de reconocimiento, participación, información y desarrollo de las habilidades necesarias para desempeñar sus roles parentales; cuanto más pequeño es el niño, más importante es el establecimiento de relaciones entre padres y escuela (Galinsky, 2002).

El *Instituto de Evaluación* (2006) nos permite disponer de algunos indicadores de gran interés, referidos a la participación y relación de los padres en el ámbito educativo. Respecto a los niveles educativos que cursan los alumnos, las edades tempranas se manifiestan mucho más interesadas en la participación en los procesos educativos escolares de sus hijos; respecto el tamaño de los centros, los centros de menos alumnado (escuelas infantiles), consiguen un clima de relaciones más familiares, las personas se conocen mucho más, hay una mayor identificación

---

de la problemática de las familias, la de los hijos, los intereses compartidos o la facilidad de comunicación entre la familia y la escuela es más significativa.

La relación entre la escuela y la familia, en el momento actual de la educación, se ve condicionada por dificultades y variables de carácter social, que modifican esta relación: los cambios en la estructura familiar, que ya hemos señalado en el tema de familia, el inicio de la escolaridad no obligatoria se adelanta cada vez más por razones sociales y familiares, cambios en la jerarquía de las necesidades y expectativas de los padres...

*"Los centros escolares constatan la existencia de barreras para la conciliación de la vida familiar y laboral que se concretan en dificultades crecientes para la atención familiar de los niños hasta los 3 años, para alcanzar una relación normalizada entre las familias y los centros educativos y para que el niño cuente con la presencia de sus padres, en una parte significativa del día, sin verse sometidos a una sobrecarga en su jornada escolar" (Megías, 2000:26).*

Consideramos que, ante la necesidad de incrementar, favorecer y aprovechar educativamente el "enorme potencial educativo" de las familias, tendremos que fijarnos en aquellos elementos de la relación familia y escuela que suponen un apoyo y ayuda para el desarrollo de la relación. Por todo ello, entendemos que promover la formación de las familias es una forma de potenciar la relación escuela-familia

### **3.3. Profesorado de Educación Infantil**

El interés suscitado por los servicios de educación temprana le ha seguido el debate por la formación de los profesionales que atienden a la primera infancia. Una buena educación Infantil necesita profesionales que dispongan de una formación sólida y actualizada. Es, también, una etapa en la que el *profesorado es un* recurso esencial para la detección temprana de los problemas del desarrollo (Palacios y Moreno, 1994).

La figura del profesor constituye uno de los ejes principales sobre los que se articula la educación Infantil (Zabalza, 1998), considerándose una figura afectiva para los niños tan importante como la de los padres (Goznes y Van Ijzendoorn, 1990; Howes y Hamilton, 1990) y cuyo comportamiento es crucial para diversos aspectos del desarrollo infantil.

El interés y trascendencia de la formación recaen en una razón fundamental, es que hoy día las altas tasas de escolarización permiten afirmar que la EI es el principal recurso de atención a la infancia.

Diferentes organismos, administraciones educativas así como investigadores y profesionales están cuestionando cuál debe ser el perfil del profesorado que atiende los servicios de EI: el estudio sobre *Objetivos de Calidad para servicios infantiles* (Comisión Europea, 1996); el estudio *Niños pequeños, grandes desafíos* (OCDE, 2001) que considera la formación de los profesionales como uno de los ocho elementos clave para el desarrollo de políticas de *Educación y Cuidado de la Infancia Temprana* (ECIT); la UNESCO<sup>25</sup>, en su sección de dedicada a la primera infancia, viene realizando diversos estudios y revisiones sobre el estado de la formación del profesorado y la situación laboral de la “fuerza de trabajo” (en términos de la UNESCO).

Si bien los países europeos han hecho un esfuerzo por dotar de un carácter educativo a los distintos servicios (muchos de ellos todavía dependientes de diferentes administraciones), uno de los principales problemas del profesorado de EI es la división existente entre maestros, que generalmente atiende a niños mayores de tres años, y educadores y asistentes (figura que es contemplada como un apoyo en las aulas de algunos países europeos. Esta división provoca grandes diferencias en materia de formación y titulación obtenida, remuneración y prestigio social entre aquellos docentes que se han formado en el entorno universitario y los demás (Moss, 2003).

La mayoría de las investigaciones (NAECYC, 1995; Moss y Phillips, 1990; West y Varlaan, 1990) resaltan la **formación del profesorado de Educación Infantil como un elemento vinculado a la calidad de la etapa**. Las conclusiones de estos trabajos resaltan una formación específica, de nivel universitario, rica en contenidos de desarrollo infantil, implementada por la formación continua en la práctica (Bowman et al, 2000), e impartida por profesionales expertos en el conocimiento del desarrollo del currículo de Educación Infantil.

La calidad de los servicios de Atención y Educación de la Primera Infancia está íntimamente vinculada a una sólida formación docente. El profesorado que cuenta con una formación universitaria y una capacitación más especializada en educación infantil proporciona interacciones con los niños/as que son más estimulantes, cálidas y de mayor eficacia, tanto en las situaciones de enseñanza y aprendizaje, como en las situaciones de recreo (OCDE, 2006).

Referente a la formación inicial del profesorado, la LOE, en el *Título III, Capítulo II* establece el perfil profesional y la titulación necesaria para el profesorado de EI:

---

<sup>25</sup> UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Sección Primera Infancia en <http://portal.unesco.org/education/es/ev.php>

---

1. La atención educativa directa a los niños del **primer ciclo** de educación infantil correrá a cargo de profesionales que posean el título de **Maestro con la especialización en educación infantil o el título de Grado equivalente y, en su caso, de otro personal con la debida titulación para la atención a**

2. **las niñas y niños de esta edad.** En todo caso, la elaboración y seguimiento de la propuesta pedagógica a la que hace referencia el apartado 2 del artículo 14, (el carácter educativo de uno y otro ciclo será recogido por los centros educativos en una propuesta pedagógica) estarán bajo la responsabilidad de un profesional con el título de Maestro de educación infantil o título de Grado equivalente”.

3. El **segundo ciclo** de educación infantil será impartido por profesores con el título de **Maestro y la especialidad en educación infantil o el título de Grado equivalente** y podrán ser apoyados, en su labor docente, por maestros de otras especialidades cuando las enseñanzas impartidas lo requieran. (Artículo 92)

La LOE manifiesta de nuevo una postura indeterminada en cuanto al primer ciclo 0-3 a juzgar por la titulación requerida, Maestro de EI y en su caso “otro personal con la debida titulación”, que puede ser desde un técnico especialista en EI o auxiliar de jardín de infancia, hasta en el mejor de los casos, un técnico superior en EI.

No nos parece consecuente con el carácter único y educativo de la etapa, que se contemplen distintas titulaciones para el primer y segundo ciclo. Insistir en el carácter plenamente educativo de la etapa 0-6 años, implica la exigencia de un profesorado especialista, con una buena formación.

La LOE establece como un derecho la **formación permanente del profesorado**, y a la necesidad de formarse en el ámbito de atención a la diversidad:

- *Los programas de formación permanente, deberán contemplar la adecuación de los conocimientos y métodos a la evolución de las ciencias y de las didácticas específicas, así como todos aquellos aspectos de coordinación, orientación, tutoría, atención educativa de la diversidad y organización encaminadas a mejorar la calidad de la enseñanza y el funcionamiento de los centros.*

(Título III, Capítulo III sobre Formación del profesorado, artículo 102)

La organización sobre la gestión de dicha formación, se establece de forma territorial. En la CAM existen 5 Centros Territoriales de Innovación y Formación

(C.T.I.F.). Consideramos que esta formación permanente o a lo largo de la vida es una pieza clave en Educación Infantil.

En la Comunidad de Madrid hay un total de 11 Universidades y centros universitarios (públicas y privadas) que ofertan la Titulación de Magisterio en Educación Infantil

El *Estudio sobre la formación inicial del educador en la Comunidad de Madrid* (Ruiz y Martinez, 2006) analizó las convocatorias de Formación continua del profesorado de Educación Infantil en la CAM en el curso 2005/06 concluyendo lo siguiente:

- Se ofrecen actividades relacionadas con el funcionamiento familiar.
- No existen actividades destinadas a detectar señales de alarma o factores de riesgo. De igual forma existe un vacío formativo con relación a la prevención y a las bases neurológicas del desarrollo infantil.
- Se ofrecen actividades para tratar Trastornos Generalizados del Desarrollo y Déficit de Atención e Hiperactividad, así como también Trastornos Generalizados de Conducta.

Otro estudio (Pineda, Moreno, Úcar y Belvis, 2008) concluía que, en el ámbito de la formación permanente del profesorado, la oferta existente estaba poco especializada en Educación Infantil.

Si bien el análisis previo a los cambios introducidos por el EEES evidenciaba grandes vacíos formativos, las propuestas que en teoría venían a mejorar la formación del profesorado de Educación Infantil no se han encaminado suficientemente a reforzar los conocimientos y competencias necesarias para poder realizar prevención en edades tempranas y educación familiar.

En el marco del Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES), la *Orden ECI/3854/2007*, de 27 de diciembre, *por la que se establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales, que habiliten para el ejercicio de la profesión de Maestro en Educación Infantil*, señala las competencias necesarias, algunas de las cuales se relacionan con el tema que nos ocupa:

- ***Actuar como orientador de padres y madres en relación con la educación familiar en el periodo 0-6 y dominar habilidades sociales en el trato y relación con la familia de cada estudiante y con el conjunto de las familias.***

- 
- *Diseñar y regular espacios de aprendizaje en contextos de diversidad que atiendan a las singulares necesidades educativas de los estudiantes, a la igualdad de género, a la equidad y al respeto de los derechos humanos.*
  - *Conocer fundamentos de atención temprana y las bases y desarrollos que permitan comprender los procesos psicológicos, de aprendizaje y de construcción de la personalidad en la primera infancia.*

Consideramos que el planteamiento formativo para los futuros maestros en Educación Infantil busca signos de cambio, pero sigue evidenciando el vacío formativo en prevención y educación familiar.

En el mismo estudio referido con anterioridad (Ruiz y Martínez, 2006) reflejó una formación que garantizaba contenidos relacionados con el desarrollo infantil, atención a la diversidad, evaluación, pautas de intervención e integración de las familias.

La formación inicial del Técnico en Educación Infantil, modificada por el Real Decreto 1394/007, *por el que se establece el título de Técnico Superior en Educación Infantil y se fijan sus enseñanzas mínimas*. Este RD fija un total de trece módulos, entre los cuales hay referencias a intervención con familias y atención a menores en riesgo social (equivalente en créditos ECTS 6).

La **Comunidad de Madrid** publicó el Decreto 94/2008, *por el que se establece el currículo del Ciclo Formativo de Grado Superior correspondiente al título de Técnico Superior en EI*. El plan de estudios propuesto retoma los contenidos mínimos marcados por el anterior RD.

Si entendemos que el maestro de Educación Infantil se convierte en el gran protagonista, ya que atiende el proceso de desarrollo de sus niños, sean cuales sean sus características y sus necesidades, y establece un fuerte vínculo de relación personal, a partir del cuál los niños van a construir su conocimiento, parece que el perfil ideal del profesor de Educación Infantil es el de un profesional con formación específica en esta etapa; sensible, responsable y espontáneo; que proporcione las actividades adecuadas para el desarrollo; interactivo, que discuta, que dialogue y explique; que utilice un lenguaje adecuado para los niños; que anime al alumno a expresarse; que apoye las ideas del niño; que clarifique y amplíe los pensamientos; que amplíe conceptos; que refuerce positivamente a los niños; que enseñe a los niños a escucharse unos a otros; que invite a los niños a preguntar y buscar sus propias respuestas (Torres, J, 2005).

Si demandamos que la Escuela Infantil esté preparada para atender a todos los niños y que su profesorado esté a su vez capacitado al efecto. Los gobiernos tienen ante sí una gran responsabilidad para con la escolarización de la infancia y la formación de su profesorado puede y, debe ser, una de las medidas más productivas.

### **3.4. Servicios y Recursos de apoyo en Educación Infantil**

De los objetivos generales de la educación infantil, se desprende el hecho de que en este ámbito se ha apostado por la atención educativa del alumno con dificultades en el desarrollo.

Con el *Real Decreto 334/1985*, de 6 de Marzo, de *Ordenación de la Educación Especial*, surge un nuevo enfoque, que trata de potenciar y dotar a los centros ordinarios de recursos específicos, espacios para atención, mayor coordinación entre equipos docentes (equipos de orientación educativa, psicopedagógicos y departamentos de orientación), así como la coordinación entre las diferentes instancias de planificación y decisión de la práctica educativa (inspección, servicios de apoyo, docentes, etc.)

Se parte de la idea de que todos los alumnos precisan, a lo largo de su escolaridad, diversas ayudas pedagógicas de tipo personal, técnico o material, con el objeto de asegurar el logro de los fines generales de la educación (Gútiez, 1999).

Los Centros que escolarizan a alumnos con necesidades educativas especiales han sido dotados de distintos servicios y recursos educativos específicos para atender sus necesidades.

Estos servicios son prestados por profesionales específicamente cualificados y deberán impartirse siempre en el entorno menos restrictivo posible. La intervención de estos profesionales está siempre en función de los alumnos, y es preciso señalar que no todos los alumnos con necesidades educativas especiales van a necesitar de todos ellos y con la misma identidad.

Los profesionales que nos encontramos en EI destinados a cubrir las necesidades educativas de todos los niños y garantizar la detección de las alteraciones del desarrollo de los alumnos con necesidades educativas especiales podemos verlos en la siguiente tabla:



**Tabla 28: Profesionales en la Escuela Infantil**

PROFESIONALES	FUNCIONES
<b>DIRECTOR</b>	Su tarea fundamental: apoyar el trabajo que el resto de los profesionales realiza con estos alumnos, revisar las tareas con el profesorado implicado, convocar reuniones para el estudio de casos concretos, garantizar y coordinar la formación permanente del equipo docente, informar a padres de la evolución que se lleva a cabo con sus hijos, así como coordinar a los profesionales del centro con la Comunidad, utilizando los apoyos que le brinden determinados organismos externos.
<b>PROFESOR DE APOYO</b>	<p>Especialista en los problemas específicos de los niños con necesidades educativas especiales, ya que su función va a ser la de trabajar con estos niños en el aula de apoyo, o bien prestar sus servicios itinerantes en las escuelas ordinarias y en coordinación con el resto del equipo multiprofesional. Las <b>funciones que lleva a cabo el profesor de apoyo</b> serían ( Molina 1985):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar el diagnóstico diferencial de las dificultades de aprendizaje</li> <li>- Servir de puente con el E.M. sectorizado, para aquellos sujetos que requieren un diagnóstico más completo.</li> <li>- Efectuar las programaciones para los alumnos de una clase en áreas curriculares concretas: lectura, cálculo, etc.</li> <li>- Elaborar los recursos didácticos , al objeto de facilitar la labor didáctica a los profesores ordinarios.</li> <li>- Realizar la evaluación continua de los alumnos con N.E.E.. de forma conjunta con los profesores ordinarios.</li> <li>- Asistir a las reuniones de padres , y asesorarles en aquellos aspectos necesarios o que refuercen su actividad y sus logros.</li> </ul>
<b>MAESTRO ESPECIALISTA EN EDUCACIÓN ESPECIAL (PT)</b>	Es el principal responsable de desarrollar las funciones de refuerzo pedagógico en los centros ordinarios que escolaricen a alumnos con necesidades educativas especiales. En centros específicos desarrolla funciones de profesor-tutor, constituyendo el grueso de la plantilla.
<b>MAESTRO ESPECIALISTA EN AUDICIÓN Y LENGUAJE (AL)</b>	Es el profesional que, debe favorecer, en el centro, la detección de los problemas de comunicación y facilitar las estrategias de intervención, en el marco de una concepción amplia del concepto de comunicación.
<b>FISIOTERAPEUTAS</b>	Existen en algunos centros que integran preferentemente alumnos con necesidades educativas especiales de tipo motor. Es el especialista que orienta a los maestros sobre las posturas más convenientes y sobre la forma de ayudar a una mejor utilización de las posibilidades corporales y alerta sobre las posibles alteraciones en su ámbito
<b>AUXILIARES TÉCNICOS EDUCATIVOS</b>	Se dedican con exclusividad al centro. Tiene encomendadas tareas encaminadas al cuidado y el aseo corporal de estos alumnos, así como su participación en actividades sociales colectivas, como puede ser el comedor o el recreo, y a la adquisición de la independencia personal.

Fuente: elaboración propia a partir de la normativa vigente

### 3.4. 1. Los equipos de apoyo externo

En la LISMi (1982) se contempla la creación de los Equipos Multiprofesionales. Fueron regulados por la Orden, de 9 de septiembre, de 1982, con la misión de atender las necesidades derivadas de la integración en escuelas ordinarias de los alumnos con necesidades educativas especiales.

El *Real Decreto*, de 1985 creó los *Equipos de Atención Temprana* (EATs) y los *Equipos Específicos* (Ees) y es a partir de 1985 cuando la normativa comienza a utilizar la denominación de Equipos Psicopedagógicos para hacer referencia a los recursos externos, que ayudaran en el apoyo a los centros y colaboraran con el profesorado en tareas de atención a la diversidad, de planificación y de desarrollo curricular.

Los **Equipos de Atención Temprana** están encargados de detectar las necesidades educativas especiales en los niños que se encuentran en la etapa de Educación Infantil, previniendo e interviniendo lo antes posible las desviaciones que se sumen al desarrollo del niño. Les corresponde identificar las situaciones y circunstancias de riesgo o desventaja, anticiparse a la aparición de problemas, detectarlos en sus inicios y facilitar la intervención adecuada.

- **Objetivo:** mejorar las condiciones educativas de los centros que escolarizan niños y niñas con NEE, asociadas a casuísticas personales de discapacidad o situaciones sociales desfavorecidas en la etapa de 0 a 6 años.

- **Funciones:**

- *La acción preventiva en el medio escolar familiar y social.*
- *La detección precoz de las deficiencias, anomalías y trastornos.*
- *La valoración pluridimensional de las necesidades y capacidades del sujeto con necesidades educativas especiales.*
- *La elaboración de propuestas de actuación en los que se fijen objetivos, contenidos y recursos necesarios para la solución de la problemática específica de cada niño.*
- *El seguimiento en estrecha colaboración con el profesorado de los centros educativos.*
- *Contribuir a la elaboración del cuadro de necesidades del sector, elevando las propuestas y posibles soluciones técnicas o sugerencias prácticas.*
- *Mantener la oportuna colaboración con los organismos encargados de la atención a los problemas de los niños con necesidades educativas especiales.*
- *Identificar los recursos existentes en la zona (crear el mapa de necesidades).*
- *Elaborar, adaptar distribuir y/o divulgar materiales e instrumentos psicopedagógicos de apoyo o utilidad para otros profesionales o para los propios sujetos escolarizados*
- *Conexión permanente con la red de servicios autonómicos y centrales.*
- *Realización de planes de formación para aquellos profesionales y padres que van a tratar con el sujeto con N.E.E.*
- *Cooperar en campañas de prevención de drogodependencias y de inadaptación y marginación social. (Real Decreto, 6 de Marzo, de 1985)*

- **Composición:** Médico, Psicólogo, Pedagogo, Trabajador Social y Maestro en Audición y Lenguaje
- **Ámbitos de actuación:** realizan actuaciones a cuatro niveles, que señalamos en el siguiente cuadro:

**Tabla 29: Ámbitos de actuación de los Equipos de Atención Temprana**

<b>RESPECTO A LOS CENTROS DE EDUCACIÓN INFANTIL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaborar en los procesos de elaboración, desarrollo, evaluación y, en su caso, revisión del P.E y el PCC y asesorar y apoyar a equipos docentes en todos los aspectos psicopedagógicos y organizativos.</li> </ul>
<b>RESPECTO A LA ATENCIÓN DE ALUMNOS CON N.E.E O EN SITUACIÓN DE DESVENTAJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificar acciones para prevención y detección temprana de estos niños.</li> <li>- Identificar y valorar sus n.e, así como proponer la actuación educativa y de provisión de apoyos especializados.</li> <li>- Colaborar con los profesionales implicados en procesos de planificación, desarrollo y evaluación de las adaptaciones del currículo o en la adopción de fórmulas organizativas flexibles para responder a sus n.e.</li> <li>- Realizar intervención especializada de carácter psicopedagógico, cuando resulte necesario, ya sea individualmente o en pequeño grupo, en el aula o fuera de ella, pero atendiendo al principio de normalización.</li> </ul>
<b>RESPECTO A LAS FAMILIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribuir al establecimiento de relaciones fluidas entre el centro y las familias y desarrollar programas que faciliten la participación de éstas en el centro</li> <li>- Orientar a las familias en aspectos que resulten básicos para atender adecuadamente a los niños haciendo especial mención del alumnado con n.e.e o en situación de desventaja.</li> </ul>
<b>RESPECTO AL EL SECTOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer recursos educativos, sanitarios y sociales de la zona y darse a conocer, con el fin reestablecer una adecuada coordinación, en beneficio de los niños en edades tempranas y sus familias</li> <li>- Colaborar con organismos e instituciones que prestan atención a la infancia, proyectar actuaciones conjuntas encaminadas a la prevención, detección e intervención temprana con alumnos con n.e.e.</li> <li>- Realizar evaluación psicopedagógica de los niños de edades comprendidas entre 0-6 años, que lo precisen, para determinar si presentan n.e.e y proponer su escolarización más adecuada.</li> <li>- Colaborar con los centros de profesores y recursos y otras instituciones en actividades de formación para profesionales de escuelas de educación infantil,, elaborar y difundir materiales e instrumentos psicopedagógicos que sean de utilidad para el profesorado y los propios equipos de atención temprana.</li> </ul>

Fuente: Consejería de Educación de la CAM, 2009 On-line

Consideramos muy importante la actuación de estos equipos en el ámbito de la prevención y la detección de problemas en el desarrollo dentro del marco escolar. Es importante que exista coordinación con la Escuela Infantil, ya que los Equipos de Atención Temprana atienden a los niños con N.E.E y en la Escuela Infantil estos niños pueden desarrollar al máximo sus capacidades.

Por medio de esta coordinación, los EAT pueden colaborar en la elaboración de programas, currículo, compartir información sobre el niño, sus necesidades, localizando posibles anomalías en su desarrollo y derivándolo donde fuera necesario. También entre los dos orientarán a la familia dándoles a conocer todo lo referente a la evolución del desarrollo de su hijo y apoyándoles en sus necesidades (Libro Blanco, 2000).

Son los EAT de la Comunidad de Madrid<sup>26</sup>, quienes observan con preocupación el retroceso que se está produciendo en la atención del alumnado con nee. Algunas de las situaciones que reflejan ese retroceso son:

- *Una congelación de las plantillas del profesorado de apoyo (PT, AL) en los centros de Educación Infantil, Primaria y Educación Especial frente a un incremento del alumnado con nee.*
- *Paralización de los recursos en los Equipos de Orientación Educativa (Atención Temprana, Generales y Específicos) frente a un aumento de los centros y alumnado a atender.*
- *Una orden de ratio/nº alumnos con nee que no ha sido modificada desde el año 1990 y que en ocasiones no se cumple.*
- *Ausencia de una normativa básica sobre atención a la diversidad y orientación escolar.*
- *Se condiciona la adjudicación de recursos personales de apoyo exclusivamente al número de alumnado con dictamen de nee por discapacidad y/o trastorno de conducta, desapareciendo el carácter continuo y preventivo de la respuesta a las n.e.e.*
- *No se contempla una reducción del número de alumnos en aquellos grupos en los que se escolarizan alumnos con necesidades educativas especiales.*

Se puede concluir, por todo lo anteriormente expuesto, la necesidad de que la CAM modifique esta situación y se comprometa con el alumnado, los centros y las familias del sector más vulnerable de la educación y garantice una enseñanza de calidad.

La escuela infantil debe dar respuesta a las necesidades especiales de cada niño, para lo cual es necesario realizar, en ocasiones, modificaciones en la organización escolar, en el currículum ordinario, en todas las facetas del sistema educativo. Se establece, a partir de la normativa mencionada, la dotación de una serie de servicios a los centros ordinarios con el fin de favorecer el proceso educativo y facilitar la integración de los alumnos.

---

<sup>26</sup> *IV Reunión Interdisciplinar sobre Discapacidad /Trastornos del Desarrollo y Atención Temprana. GENYS, 2009I*

---

Dentro del continuo de las opciones de ambientes educativos en educación infantil, el aula regular debe considerarse como la mejor opción, siempre que existan las garantías suficientes de que los niños, con dificultades en el desarrollo, podrán funcionar satisfactoriamente dentro de ella.

**Servicios de apoyo:** El niño forma parte del grupo pero recibe atención por parte de un especialista en aquellos puntos de su formación o desarrollo que requieren de una atención especial. Estos servicios pueden ser de dos tipos:

1. *Transitorios:* se trata de atención por parte de un profesor de apoyo itinerante, con una doble función de asesorar al profesor en los aspectos didácticos específicos necesarios para que el sujeto pueda adaptarse, desarrollar al máximo sus capacidades y funcionar satisfactoriamente dentro del aula; y una segunda función de atender al sujeto con necesidades especiales dentro del aula, en aquellos aprendizajes para los que el sujeto pudiera requerir de atención complementaria.

2. *Específicos:* dentro de este grupo se encuentran la atención logopédica y psicomotricidad. Son intervenciones de especialistas que tienen lugar fuera del aula, a las que asiste el sujeto con regularidad en sesiones adaptadas a sus necesidades y, siendo realistas, a las posibilidades del especialista del centro.

Y, por último, queremos señalar las **Adaptaciones Curriculares**, entendemos por adaptación curricular, el ajuste de la oferta educativa común a las necesidades y posibilidades de cada alumno. Las adaptaciones curriculares son instrumentos de individualización y flexibilización de la enseñanza.

## 4. POBLACIÓN INFANTIL

Desde un punto de vista jurídico, se considera niño o niña a la persona que no ha alcanzado la mayoría de edad, mientras que desde el punto de vista psico-biológico se hace referencia a la etapa previa a la adolescencia, aunque todos ellos son conceptos relativos en función de las culturas del contexto geográfico (Lebrero, 2008).

Según la LOE (2006), la educación infantil supone el primer nivel del sistema educativo con una duración de seis años, con identidad propia. Establece la titulación específica de los centros, la considera un medio de adaptación y una medida más de atención a niños con necesidades educativas especiales y regula la gratuidad del segundo ciclo.

La educación infantil tiene carácter voluntario, consideramos que la obligatoriedad de la educación requeriría que ésta sea también gratuita. Entendemos que la obligatoriedad (en el segundo ciclo) y la gratuidad (en el primer ciclo) son dos condiciones esenciales del derecho a la educación y podría entenderse como el deber del Estado de ofrecer plazas suficientes en las distintas escuelas infantiles para satisfacer las demandas de las familias.

La educación infantil coincide con la Atención Temprana en la población objeto de atender.

Según las cifras manejadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), actualmente en España (cifras a 1 de enero de 2008) viven 46.157. 822 personas, de las cuales aproximadamente un 7,06% corresponde a la etapa 0-6 años que conforman la Educación Infantil (alrededor de 3. 259. 342 niños).

Hemos querido saber cuántos de esos niños, de la etapa de 0-6 años, viven en la Comunidad de Madrid siendo la cifra de 492.778 (un 15,11% respecto al total de España) siendo la edad de 0 años el grupo de niños más numeroso en España, sin embargo, es la edad de 1 año el grupo de niños más numeroso en la Comunidad de Madrid.

**Tabla 30: Nº de Niños (0-6 años)**

<b>AMBOS SEXOS</b>	<b>ESPAÑA</b>	<b>MADRID</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3.259.342</b>	<b>492.778</b>
0 AÑOS	488.724	72.970
1 AÑO	472.528	73.886
2 AÑOS	471.401	72.791
3 AÑOS	468.400	71.369
4 AÑOS	463.885	70.016
5 AÑOS	446.725	66.747
6 AÑOS	447.679	64.999

Fuente: INE 2009 Online

En cifras del MEC (2009 Online) durante el curso 2008-2009 hay en todo el territorio nacional 7.419.989 alumnos matriculados en las diferentes etapas educativas, de los cuales 1.765.719 (un 23,79%) están matriculados en Educación Infantil. En el Primer ciclo de Educación Infantil 370.596 (un 4,99%) y en el Segundo ciclo de Educación Infantil 1.395.123 (un 18,80%).

Se inicia el curso escolar 2008-2009 con una previsión de alumnado superior (2,7%) más que en el curso 2007-2008. El alumnado de educación infantil presenta un incremento de 7,68% más que en el curso 2007-2008

El MEC (2009) señala que el importante crecimiento de alumnado, previsto para el curso 2008-2009, en educación infantil es resultado de el incremento previsto de la oferta de centros autorizados por las Administraciones Educativas para impartir Primer Ciclo de Educación Infantil (0-3 años de edad) que se estima permitirá escolarizar a 85.932 niños más, y el incremento previsto de alumnos de 40.046 (3% más) para el segundo ciclo de Educación Infantil (3-6 años).

En cuanto al número de alumnos matriculados por edades:

**Tabla 31: Alumnos matriculados en Educación Infantil por Comunidad Autónoma**

	Educación Infantil
<b>España</b>	100,0
Andalucía	17,3
Aragón	2,8
Asturias	1,5
Baleares	2,2
Canarias	3,7
Cantabria	1,1
Castilla y León	4,1
Castilla-La Mancha	3,9
Cataluña	18,6
Comunidad Valenciana	10,3
Extremadura	1,9
Galicia	4,5
<b>Madrid</b>	16,6
Murcia	3,6
Navarra	1,5
País Vasco	5,3
Rioja	0,6
Ceuta	0,2
Melilla	0,2

Fuente: MEC 2009 Online

Llama la atención como el 16,6% de la población de educación infantil está escolarizada en Madrid, siendo Cataluña la población más numerosa (el 18,6%).

Una vez vistos los datos de los alumnos escolarizados en esta enseñanza nos hemos preguntado qué porcentaje de estos alumnos están matriculados por el tipo de titularidad del centro.

En un estudio realizado por Lebrero (2002) sobre los Centros Infantiles en las CCAA de España, encontramos datos sobre la escolarización de los niños en las Escuelas Infantiles en la actualidad, podemos observar que los niños son escolarizados desde edades muy tempranas, algunos antes de cumplir el primer año. De alguna manera, esta es una nueva concepción de la Escuela Infantil, manteniendo lo

asistencial, sobre todo al atender a niños tan pequeños, y dándole carácter educacional

## **5. REALIDAD EDUCATIVA EN LA CAM**

A pesar de que todo el territorio español está regido por la misma ley de educación, cada Comunidad puede dar sus propias directrices para las Escuelas Infantiles que están en su territorio, permitiendo que se diferencien entre sí, destacando cada una por las mejoras que realizan.

*"... el Gobierno establece los aspectos básicos del currículo; es decir, las enseñanzas mínimas comunes a todo el territorio estatal. A partir de ellas, las Comunidades Autónomas establecen el currículo oficial para los centros de su territorio, concretando los objetivos generales para cada etapa, los contenidos mínimos y algunas orientaciones metodológicas y de evaluación." (MEC, 2002: 33).*

La Comunidad de Madrid viene desarrollando un proyecto de atención educativa a los niños más pequeños (de 0 a 6 años), en el marco de un proceso de colaboración interinstitucional con diversas administraciones (Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Asuntos Sociales y un importante número de ayuntamientos). En este contexto de acción combinada y coordinación entre administraciones y bajo una poderosa convicción en el Derecho de los niños/as a ser educados desde su nacimiento, la Consejería de Educación y Cultura asumió en 1985 un reto: dotar a la región de Madrid de unos servicios educativos de calidad destinados y orientados a la infancia, en concreto, a la atención educativa desde los primeros meses de vida hasta los seis/tres años de edad.

La Comunidad de Madrid tiene unas características específicas que definen su Modelo Pedagógico. Las características de la Escuela Infantil según la Consejería de Educación son las siguientes (2009 Online):

- *La escuela Infantil es una institución complementaria de la familia, aunque no es con ánimo de sustituir a los padres, satisface las necesidades básicas de los niños, la de apoyo, confianza y seguridad.*
- *Ser Centros Educativos, es decir, formar parte de un sistema educativo y tener un Proyecto Educativo que integre los objetivos fijados por la LOGSE.*
- *Ser Centros Públicos, son financiados por fondos públicos, es un sistema abierto a la participación familiar y comunitaria, con atención a la diversidad y pluralidad social,*
- *cultural, étnica, ideológica y económica, con interés en los niños que carecen de oportunidades intentando compensar estas desigualdades*



- 
- *Ser lugares donde se promueve intencionada y sistemáticamente el proceso de socialización de los niños en un contexto interactivo, facilitando el encuentro entre niños de diversas edades, interacción con adultos, estimulando la colaboración y participación, atención a niños con necesidades educativas especiales, manteniendo relación con las familias, organizando salidas, entre otras actividades.*

El *Informe de seguimiento del programa de atención a alumnos con necesidades educativas especiales en centros específicos de Educación Infantil de la red pública de la Comunidad de Madrid*, dentro del Plan de Evaluación de las escuelas de Educación Infantil (Consejería de Educación, 2000) ofreció, en relación a cinco variables de análisis de la escuela infantil, los siguientes resultados:

- **La escuela infantil como contexto de desarrollo:** *los profesionales consideraron el contexto de la EI como muy favorable para el niño y la familia.*
- **El currículo de EI:** *tanto educadores como familias comparten un alto grado de identificación con el planteamiento del currículum introducido por la reforma.*
- **Medidas organizativas:** *no son valorados tan positivamente los tiempos existentes para la coordinación. No se consideran satisfactorios los apoyos específicos. El 50% ve favorable la actividad del tutor y del maestro de apoyo del EAT en el aula.*
- **Apoyos específicos** (Equipos de Atención Temprana y Centros de Atención Temprana): *la información que recibe el profesorado de educación infantil sobre el diagnóstico de educación del niño es valorada positivamente, no así en lo relativo a la metodología y a la programación de aula. La información sobre las pautas a seguir que proporcionan los equipos es valorada como poco o nada satisfactoria. En cuanto a la toma de decisiones, destaca la poca satisfacción de estos procesos así como la escasa participación, es decir, cada recurso decide y luego comunica la sesión.*
- **Las familias de los niños con necesidades educativas especiales:** *las familias y los EAT consideran, que los tiempos que utilizan para la atención a las familias son adecuados. También manifiestan las familias un alto grado de información por parte del tutor y del EAT.*

Concretamente en la CAM, existe un problema por resolver en el ámbito de la población infantil con necesidades educativas especiales, como describe Paniagua (2007): la diversidad de profesionales e incluso duplicidad de profesionales e intervenciones, la descoordinación que da como resultado un modelo desadaptado a las necesidades de los niños y sus familias y, en cualquier caso, muy costoso en términos económicos

La Ley Orgánica del Derecho a la Educación (1985), **LODE**, establece en su artículo 14 que **los requisitos mínimos** se refieren a ratios, titulaciones profesionales y requisitos de espacios y que **es al Gobierno de la Nación a quien corresponde establecerlos:**

*1. " Todos los centros docentes deberán reunir unos requisitos mínimos para impartir las enseñanzas con garantía de calidad. El Gobierno establecerá reglamentariamente dichos requisitos mínimos"*

*2. "Los requisitos mínimos se referirán a titulación académica del profesorado, relación numérica alumno-profesor, instalaciones docentes y deportivas y número de puestos escolares.*

En su artículo 23 describe, además, cómo los centros privados, han de someterse a la misma normativa y, en el artículo 24, ratifica que los que acojan a niveles no obligatorios serán determinados reglamentariamente por el Gobierno en sus condiciones mínimas:

*Art. 23: " La apertura y funcionamiento de los Centros docentes privados se someterá al principio de autorización administrativa, la cual se concederá siempre que reúnan los requisitos mínimos que se establezcan con carácter general de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 14 de esta Ley..."*

*Art 24.3: "El Gobierno determinará reglamentariamente las condiciones mínimas en que se deban impartir las enseñanzas en los citados centros docentes... haciendo referencia a los centros que impartan niveles no obligatorios, como es el caso de Infantil".*

El Decreto 18/2008, de 6 de Marzo, en el que se establecen los *requisitos mínimos de los centros que imparten primer ciclo de educación infantil, en el ámbito de la Comunidad de Madrid*, viene a establecer cambios en las condiciones de funcionamiento de los centros: requisitos mínimos de los centros, ratios y titulaciones de sus profesionales, que están muy por debajo de las condiciones que existen actualmente.

La implantación de este decreto ha generado una gran inquietud y preocupación en los Equipos Educativos. En el decreto se estipula el tipo de personal que puede atender a los niños (Capítulo III. Art.9-10), la cantidad de niños que están a cargo de un adulto (ratio) (Capítulo II. Art.8), los apoyos de personal que deben tener las escuelas, los espacios obligatorios para un centro (Capítulo II. Art.7), los tipos de agrupaciones.

Entendemos que desde ese marco legal, se verían comprometidos los objetivos de calidad para la educación Infantil establecidos por la Comisión Europea, además de la calidad de los servicios educativos destinados y orientados a la infancia, en la Comunidad de Madrid.

## 5.1. Tipología de Gestión

La tipología de gestión se refiere a la forma administrativa de llevar cada centro. Los centros que atiende esta etapa educativa pueden ser de titularidad autonómica o municipal y de gestión directa o gestión de Servicio Público por una entidad privada. Observando el cuadro que aparece a continuación, podemos ver como se dividen en la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid dichos Centros:

**Tabla 32: Tipología de gestión de centros de educación infantil**

<b>Centros de titularidad</b>  <b>Autonómica</b>  <b>o Municipal</b>	La CAM y los Ayuntamientos establecen, mediante Convenio, los compromisos que ambas administraciones fijan para la creación y funcionamiento de las Casas de Niños y Escuelas Infantiles. Cuando la titularidad es municipal. En el caso de <b>Casas de Niños</b> la Comunidad de Madrid asume el 85% del coste del programa y el ayuntamiento el 15% restante; realizando la Comunidad de Madrid la coordinación, dirección técnica y supervisión del programa. En el caso de <b>Escuelas Infantiles</b> existen varias modalidades:
<b>Centros de gestión directa</b>  <b>o gestión de servicio público</b>  <b>por una entidad privada</b>	Los centros de Educación Infantil de titularidad pública <b>pueden gestionarse atendiendo a dos modelos:</b> <b>Directa</b> (Comunidad de Madrid y Ayuntamientos) gestionadas por profesionales directamente vinculados o contratados por la administración titular. <b>Indirecta</b> , mediante Contrato de Gestión de Servicio Público. En este caso los centros son gestionados mediante Contrato de gestión de Servicio público, modalidad de Concierto, de acuerdo al Título II, artículos 154 a 170, del Real Decreto legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

Fuente: Consejería de Educación CAM (2009, On-line)

La composición de las Plantillas es distinta:

- **En las escuelas de gestión directa**, el acceso a las plazas es por medio de concurso-oposición, las distintas categorías laborales que existen son las del personal educativo y las del personal de administración y servicios. El personal educativo se divide en titulados medios "E" (Educación Preescolar o Educación Infantil), personal funcionario (Maestros especialistas en Educación Infantil), educadores (Técnico Especialista en Jardín de Infancia, Técnico Especialista Educador Infantil, Técnico Superior Educación infantil). El personal de administración y servicios atiende las necesidades no educativas de la Escuela, lo forman los auxiliares administrativos (tareas administrativas, gestión de cuotas...), auxiliares domésticos (tareas de limpieza, lencería, comedores...), ayudante de control y mantenimiento (mantenimiento del centro, conserje) cocinero y ayudante de cocina (elaboración de menús)

- **Las Escuelas de gestión indirecta** tienen la misma relación de plantilla que en las escuelas de gestión directa, se exigen Maestros especialistas en Educación Infantil o Profesores de Educación General Básica con la especialidad en Educación Preescolar, el resto de la plantilla se forma por personal administrativo, de mantenimiento, de limpieza y cocina.
- **En las Escuelas de Gestión directa Municipal** las plantillas son similares a las de las Escuelas de Gestión Indirecta.

La Organización de la Red Pública de Centros de Educación Infantil de la Comunidad de Madrid pretende ofrecer unos servicios educativos de calidad a la infancia, contemplando la diversidad de situaciones de los grupos sociales y de las familias. Esta Red Pública está formada por Escuelas Infantiles y Casas de Niños.

**Tabla 33: Escuelas Infantiles**

- Son centros educativos para niños y niñas hasta los 3 o los 6 años. Las Escuelas Infantiles acogen niños del primer ciclo o de ambos ciclos de la Educación Infantil, en función de las necesidades de la zona en la que se ubican.
- Todas **tienen los mismos principios educativos y sociales, comparten los mismos criterios de calidad** en cuanto a: condiciones materiales de los edificios, especialización del personal, atención de Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Atención Temprana, participación de los padres y madres, etc.
- Las **aulas** se organizan con grupos cuyo número oscila entre 8 y 25 niños y niñas dependiendo de su edad. Estos agrupamientos podrán realizarse con niños y niñas de igual o distinto año de nacimiento.
- En todas las Escuelas **se integran niños y niñas con necesidades educativas especiales** que reciben atención y apoyo psicopedagógico en el marco del currículo y las programaciones del centro y las aulas.
- Las Escuelas Infantiles son **un recurso para colaborar en la conciliación entre la vida familiar y laboral**. El Centro ofrece sus servicios desde las 07:30 a las 17:30 horas y la comida está integrada como una actividad educativa más del Centro.

Fuente: Consejería de Educación CAM (2009, Online )

**Tabla 34: Casa de Niños**

- Son centros educativos públicos, que acogen a niños y niñas del Primer Ciclo de Educación Infantil (0-3 años).
- Las Casas de Niños **desarrollan un programa educativo** que se dirige tanto a los niños como a los adultos responsables de su educación (padres, abuelos, tutores o personas que los cuidan), con el fin de coordinar y unificar la labor educativa compartida por los padres y los educadores.
- Las Casas de Niños ofrecen un servicio en el que es imprescindible para su desarrollo la participación de toda la Comunidad Educativa. Su actuación debe trascender al municipio, sensibilizando a sus habitantes sobre las necesidades y derechos de la infancia.

Fuente: Consejería de Educación CAM (2009, Online)

---

## 6. ESCUELA INFANTIL Y ATENCIÓN TEMPRANA

La Educación Infantil y la Atención Temprana comparten muchas características que legitiman el valor de la Escuela Infantil como marco privilegiado para la atención a todos los niños y máxime para aquellos con dificultades en su desarrollo.

Desde un planteamiento globalizador e integrador, **la escuela Infantil se convierte en el contexto idóneo para atender las necesidades especiales derivadas de una dificultad o alteración en el desarrollo.** La esencia de este planteamiento reside en una máxima que, aunque resulte evidente, hoy día sigue sin ser asumida por el conjunto de la sociedad: los niños y las personas con dificultades en su desarrollo viven y van a tener que vivir en un contexto que “es el mismo para todos”.

La Educación Infantil surge con una doble vertiente (Sánchez Sainz, 1999): *Social*, que contribuya al desarrollo integral del niño y *Compensatoria*, sobre todo en ambientes de privación socio-cultural y económica de carencias de partida del niño a la hora de incorporarse a la escuela.

Y es precisamente dentro de esta doble vertiente, donde se hace necesario que la Educación Infantil sirva para compensar cualquier desigualdad, y no sólo de tipo social, sino como ayuda para aquellos niños que tengan o estén en riesgo de padecer algún tipo de deficiencia.

El interés del sistema educativo por la Atención Temprana es cada vez más evidente. Los primeros años de la vida de un niño tienen una importancia vital para su desarrollo normal y un posterior rendimiento en la escuela. Desde este punto de vista, la precocidad, la calidad y la importancia del trabajo realizado en los primeros años de vida de un niño con desarrollo normal o con discapacidad, afectarán a las medidas educativas que habrá que tomar con posterioridad.

Es importante resaltar **que la Atención Temprana es una acción preventiva mucho más efectiva que las medidas de rehabilitación que después puedan ser necesarias** y al tener en la Escuela Infantil personal capacitado observando el desarrollo de los niños, estos pueden reconocer desviaciones en el desarrollo y enseguida intervenir evitando consecuencias mayores.

A continuación señalamos las relaciones más significativas entre la Educación Infantil y la Atención Temprana.

- **Población a la que atienden:** tanto la Educación Infantil como la Atención Temprana están destinadas a la atención (planificada, intencional y sistemática) de la primera infancia (0-3 años) y la segunda infancia (3-6 años).

En cuanto a la población específica de Atención Temprana ya hemos señalado como en nuestro país las diferentes estadísticas apuntan que entre un 2,5% y un 3% de la población infantil, presenta alteraciones en el desarrollo o riesgo de padecerlas, es decir, son susceptibles de recibir Atención Temprana (Arizcun, 2003).

No parece un dato muy significativo, pero comparándolo con otros países donde la Atención Temprana está más organizada y se dedican más recursos, nos sirve de alarma. En países como EEUU o Suiza este dato que apuntamos se dispara a más del doble.

Este hecho está relacionado con dos cuestiones principalmente: en primer lugar, en España, debido a la escasa generalización que alcanzan las pruebas de "screening" o de detección verdaderamente temprana de deficiencias, y la metodología de detección y tipificación de alteraciones, hace que muchos niños queden sin censar como potenciales receptores de medidas de atención Temprana. Otro gran grupo que queda fuera del análisis es el de los niños de riesgo social (Soriano, 2000).

En segundo lugar, en el ámbito de las deficiencias /discapacidades entra en juego un importante concepto, que es el de "calidad de vida" (Andreu, 1997). Cuanto más moderno y organizado sea un país, y se estimen por igual todas las facetas de la vida de una persona, cualquier circunstancia que afecte a la salud será considerada como tal, como privación del estado de "bienestar total".

- **Objetivos:** en diferentes normativas se ha definido el objetivo de la Educación Infantil como el desarrollo de capacidades físicas, intelectuales, afectivas, sociales y morales del niño. Estos mismos objetivos son compartidos por los planteamientos de la Atención Temprana, que, superando el modelo centrado en la discapacidad del niño, se orientan al desarrollo y máximo aprovechamiento de las posibilidades de su desarrollo, en todos los órdenes de su vida: intelectual, físico, afectivo y social (GAT, 2000)

- **Principios:** la Atención Temprana se fundamentó, en sus inicios, en los principios de las primeras normas que intentaron atender a las especiales necesidades de ese grupo denominado "niños con necesidades educativas especiales".

---

Además de compartir los principios de **universalidad, gratuidad, descentralización y sectorización** la Educación Infantil y la Atención Temprana comparten tres principios fundamentales que las convierten en recursos absolutamente análogos: son los principios de **globalización, individualización e integración** (GAT, 2000)

**El principio más importante, que más va a condicionar la conexión entre la Educación Infantil y la Atención Temprana, es la integración.** El principio de integración implica que todo niño es educable, todo niño y ello desde su nacimiento (Belda, 2001); conlleva también que la educación se oriente al desarrollo de capacidades, es decir, que se centre en el desarrollo de todas las posibilidades del niño y no exclusivamente en la deficiencia/discapacidad.

Por último, debemos señalar que la integración apela a un derecho inalienable: la escuela debe concebirse desde el respeto a las diferencias individuales.

- **Funciones:** tradicionalmente, tanto la Educación Infantil como la atención a la discapacidad eran concebidas como tareas fundamentalmente asistenciales. El niño no era educable a esas edades tan tempranas y menos aún en el caso de niños con deficiencias.

La Escuela Infantil tenía, exclusivamente, una función de preparar en aquellas habilidades necesarias para la fase verdaderamente educativa (educación primaria). Los recursos para atender a niños con deficiencias no existían, o eran sencillamente asistenciales. La actitud que se tenía hacia estos niños era de absoluto pesimismo pedagógico (Gútiérrez, 1995)

En la actualidad y a medida que la concepción de la infancia ha ido evolucionando hasta los conocimientos de que disponemos hoy en día, las funciones de la Educación Infantil han cambiado muy positivamente así como las actitudes hacia la educación de los niños con problemas en su desarrollo.

Así, tanto la Educación Infantil y la Atención Temprana comparten las funciones de prevención, educativa, integradora y compensadora de las consecuencias negativas derivadas de deficiencias y/o de entornos socio-culturales de alto riesgo.

## **7. CONSIDERACIONES FINALES**

- Hablar de Educación Infantil es situarnos en un complejo contexto de necesidades, intereses y demandas infantiles, familiares y sociales, pero la educación infantil debe poner atención y cuidado en responder a las necesidades de los niños para su desarrollo integral y armónico.
- Resaltar la necesidad de avanzar en la unidad de la etapa dentro del sistema educativo, la investigación especializada en la primera infancia, las experiencias innovadoras y la atención temprana en los centros.
- Es necesario analizar las necesidades de las familias y de la sociedad para afrontar la crianza y educación de los hijos.
- Debe ser objeto de debate y especial revisión los horarios de los niños, tamaño de los grupos en el periodo 0-3, al ser una de las etapas más vulnerables en la separación familiar. Majó (2003) y Alonso (2006) hablan de la reticencias a la hora de investigaciones o datos en estos temas ya que solo se manejan principios generales como la conciliación de la vida personal y laboral o el apoyo a la familia.
- En Educación Infantil, tiene que ocupar un lugar privilegiado, el necesitar una preparación específica por tratarse de una etapa de gran repercusión en la cimentación de las bases de la personalidad humana del niño, a nivel cognitivo, afectivo y socio-relacional. Encontramos nuevos retos en la formación docente en el nivel educativo de infantil.
- Si la Educación Infantil es la institución más adecuado para atender a los niños con dificultades en su desarrollo o con riesgo de padecerlas, por ser un contexto absolutamente *normalizado*, allí debemos incardinar todos los recursos necesarios.
- Necesidad de participación, colaboración y formación de las familias en los centros de educación infantil. Las familias son quienes ejercen la influencia más importante en la educación en las primeras edades. El éxito de la Educación Infantil sobrepasa al profesorado, implicando a los padres y resto de comunidad escolar. Los padres proporcionan apoyo activo a la escuela, contribuyen a apoyar y motivar a los niños, complementando el esfuerzo de la escuela.
- Consideramos, que podemos hablar de la educación infantil como elemento de prevención y educación compensatoria que trata de contrarrestar los factores que van a diferenciar desde el nacimiento el futuro desarrollo del niño.



**BLOQUE IV:**

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN RELACIONADOS  
CON LA PRIMERA INFANCIA

## **1. INTRODUCCIÓN**

Las raíces históricas de los programas de la primera infancia se han desarrollado alrededor de dos argumentos principales:

El primero es, la investigación sobre niños en edad temprana que empezó a indicar que, en sus primeros años de vida el ser humano tenía más capacidad de aprendizaje (Shaffer, 1977). Paralelamente, Hunt (1961), Bloom (1964), Appleton, Clifton y Goldberg (1975) comenzaron a señalar argumentos a favor de la plasticidad del desarrollo intelectual del niño y de la enorme influencia del ambiente. Además, los influyentes estudios de Bowlby (1973) y de Spitz (1946) señalaron los efectos negativos de ubicar a los niños en ambientes poco estimulantes.

Y el segundo argumento, es el de la escolaridad temprana, como posible instrumento del cambio social, y por tanto, la preocupación por los niños que crecían en condiciones de pobreza.

Hay un periodo histórico, década de los 60 y finales de los 70, caracterizado por el rápido desarrollo de numerosos *programas de acción social* dirigidos a niños procedentes de familias desfavorecidas social, educativa y económicamente. M.Bryant y Graig T. Rawey (1989) señalan que la hipótesis de todos ellos era, que los programas educativos sistemáticos, podrían resultar especialmente beneficiosos para este segmento de la población. En esta época, se ponen en marcha programas de Educación Compensatoria, programas Head Start (Westinghouse Learning Corporation, 1969) en EEUU.

**El origen de los primeros programas tuvo un marcado carácter preventivo y de intervención para poblaciones consideradas de riesgo, ya fuera por dificultades sociales o por discapacidades que pudieran derivar en problemas escolares (Rivas, 2004)**

A raíz de los programas de compensatoria y la idea de que es posible modificar el desarrollo intelectual del niño, introduciendo cambios en los comportamientos o tendencia de sus cuidadores, a través de una intervención educativa sistemática, comienzan a surgir programas de intervención para niños con retrasos del desarrollo (Guralnick, M.J y Bricker, D (1989).

Asimismo los cambios que se producen en los años 90 dentro de la psicología evolutiva, con el desarrollo de modelos teóricos: el modelo ecológico, planteado por Bronfenbrenner (1979), y el modelo de desarrollo transaccional Sameroff y Chandler (1975, 1990, 2000), rompen con muchos de los planteamientos

---

conceptuales anteriores, van a ser referente obligatorio para la intervención en la primera infancia. Estas nuevas concepciones del desarrollo posibilitarán que los programas de intervención en la infancia temprana dejen de estar enfocados única y exclusivamente en el niño, y que se amplíe al resto de los contextos de desarrollo (familia, escuela infantil ... )

Más recientemente, en los países desarrollados se han generalizado programas de educación temprana a la luz de los hallazgos de las neurociencias que aseguran que la estimulación temprana del niño es altamente beneficiosa para el desarrollo de capacidades. La neurociencia enfatiza la importancia de la infancia en el desarrollo posterior del cerebro y de las funciones neurológicas. Por ello, los programas de educación temprana pueden contribuir al desarrollo cerebral y aumentar los potenciales de aprendizaje (Spitzer, 2005).

Estas circunstancias son las que hacen que se empiece a crear un clima óptimo para desarrollar, con mayor énfasis, programas de educación temprana para toda la población infantil. Esta expansión parece responder, en los países desarrollados, a por lo menos dos necesidades propias del proceso de modernización e industrialización crecientes: la progresiva incorporación de la mujer al mercado de trabajo, y la necesidad de apoyo a los padres en la crianza de los hijos.

Es una tendencia cada vez más generalizada en el mundo occidental el deseo de que los niños, incluso desde edades tempranas, participen en alguna experiencia educativa antes de comenzar la escolaridad obligatoria (Egido, 2000).

Por otra parte, el potencial dinamizador de la educación inicial a través de la orientación y formación de los padres ha sido puesto también de manifiesto en múltiples ocasiones, tal como sugieren declaraciones de organismos.

*«Es importante favorecer las buenas relaciones padres/centro escolar ya que de esta forma también se tienen padres mejor educados, redundando en una mejor atención a la infancia»* (European Commission, 1997, 103).

En la misma línea, las conclusiones de la *Conferencia Mundial de Educación para Todos*, celebrada en 1990, señalaban que:

*«El aprendizaje comienza al nacer. Esto requiere de atención temprana a la infancia y de educación inicial, que se pueden proporcionar a través de disposiciones que impliquen la participación de la familia, las comunidades o programas institucionales, según corresponda»* (art. 5).

Finalmente, puede decirse que de las diferentes funciones que la educación temprana puede cumplir en nuestras sociedades se deriva un reconocimiento cada vez mayor de su importancia. Los argumentos de carácter psicológico, educativo, económico y social, justifican sobradamente la atención de los distintos países por programas para la infancia temprana.

El problema en la actualidad no es el cuestionamiento del valor de estos programas, sino más bien la determinación de estrategias adecuadas, debatir la calidad de los programas y generar recursos para mejorar y renovar los programas de educación de la primera infancia.

## **2. PLANTEAMIENTOS EN TORNO A LOS PROGRAMAS PARA LA PRIMERA INFANCIA**

Es un momento en el, que la atención de la primera infancia constituye una prioridad en la agenda político educativa de buena parte de los países del mundo, tanto por su función social, como por la necesidad de garantizar el cumplimiento del derecho de los niños a la educación desde su nacimiento.

Examinar y valorar los resultados de los programas desarrollados en el campo de la Atención Temprana no está exento, tal y como sugiere Guralnick (1989), de importantes problemas, como es la heterogeneidad de la población contemplada, la compleja serie de programas establecidos y la variable calidad de los enfoques experimentales.

La dualidad de funciones presentes en la etapa de la infancia temprana se constata en la existencia, en la mayoría de los países de un doble tipos de programas, distintos en función del objetivo que cumplen. No obstante, es cada vez más destacable su papel de *facilitadora* de la escolarización primaria, como factor de igualdad social y como estrategia de desarrollo (Egido, 2000).

La diversidad de programas, que por una parte enriqueció en su momento el campo de la estimulación, también produjo un efecto contrario, la falta de comprobación objetiva mínima de los mismos, y además la utilización constante en la práctica llevó a la creencia de que eran eficaces, y no siempre ha sido así.

Tal como indicó Ortiz Alonso (2008), el fracaso de la mayoría de los programas se debe no tanto a las características de sus destinatarios como a errores en su concepción y metodología.

---

Parece que las actuales políticas se centran más en crear medidas adaptadas a la población infantil general, para luego integrar en las mismas a aquellos niños con dificultades en el desarrollo (OCDE, 2001)

Recientemente, Bruer (2000) ha ofrecido un detallado análisis de lo que ha dado en llamar el *Mito de los tres primeros años*, cuestionando teorías que estaban fundamentando programas y productos destinados a la población infantil temprana. Mientras unos proclaman la necesidad de crear ambientes enriquecidos (basados no en la vinculación del niño con su madre en un ambiente normalizado, sino en términos de entrenamiento cognitivo a través de actividades planificadas) (Pizarro, 2003), otros cuestionan los argumentos en que se basan los anteriores (Bruer, 2000).

La teoría de los períodos críticos y la consiguiente necesidad de producir entornos enriquecidos se vienen utilizando últimamente como justificación de la expansión de programas para la primera infancia (Bailey, 2002), pero de nada o poco sirven para el niño normal, puesto que no lo necesita, sus condiciones de partida aseguran la capacidad de estimularse y aprender por sí mismo, lo único que requiere son respuestas adaptadas. En cambio si debemos hablar de períodos críticos y vulnerabilidad cuando hay una situación problemática que pueda comprometer el desarrollo, pues en estos casos la intervención temprana sí hace la diferencia (Guralnick, 1997; Bailey, 2002)

En este sentido, si debe cobrar fuerza la importancia que tienen los primeros años de vida, siendo un *período crítico para apoyar a las familias en sus funciones de cuidado, crianza y estimulación oportuna*. Este desafío es aún más significativo en los sectores más vulnerables de la población infantil.

Como manifiesta UNICEF (2002), "*cualquier estrategia para el desarrollo del niño debe caracterizarse por una visión amplia de los problemas de la infancia, por la atención al niño como un todo*". Esta visión de las necesidades de la infancia viene a reforzarse por las investigaciones que demuestran la interacción entre los factores físicos, emocionales y sociales.

En este sentido, debemos poner especial énfasis en relacionar las investigaciones con las necesidades reales de la infancia, y no tanto en los efectos que los presuponen. Esta tendencia caracterizada en basar los programas en los efectos y no en las necesidades podría explicar el fracaso de muchas intervenciones una vez que sus resultados son evaluados a largo plazo.

Si bien se han hecho esfuerzos para mejorar la educación inicial que se imparte en la primera infancia, no se avanza aún en desarrollar programas.

### **3. PROGRAMAS DESARROLLADOS EN EEUU**

Tal y como indicábamos en el capítulo de Atención Temprana, los primeros intentos un poco estructurados, de abordar la problemática del niño en edades tempranas surgen en EEUU, en la década de los años 60 (Sánchez Asín, 1997).

Aparece, el que se considera **primer programa sistematizado de estimulación temprana**, el “*Head Start*”, es un programa nacional que promueve la preparación escolar al realzar el desarrollo social y cognitivo de los niños, mediante la prestación de servicios de educación, salud, nutrición y sociales..

El *objetivo* de “*Head Start*”, era combatir la pobreza, modificando el curso del desarrollo infantil en los primeros años, a fin de preparar mejor para la escuela a quienes se encuentran en situación de riesgo, por vivir en ambientes sociales desfavorecidos y así lograr un mayor compromiso con la educación de los niños de edades tempranas y su desarrollo social.

Asimismo, logran que los padres se comprometan con el aprendizaje de sus hijos y les ayudan a avanzar hacia sus propias metas educativas. Se pone particular énfasis sobre la participación activa de los padres en la administración de los programas locales de Head Start (Bryant y Rawey, 1989).

El enfoque Head Start incluye<sup>27</sup> :

- *Un ambiente que apoya el crecimiento y desarrollo de cada niño/a en el contexto de su familia, su cultura y su comunidad.*
- *A los padres y a las madres como socios en la dirección del programa y como participantes activos en los grupos de políticas.*
- *Reconocimiento de la importancia de fortalecer las relaciones de colaboración con la comunidad.*

---

<sup>27</sup> [www.acf.hhs.gov/programs/hsb/\).s](http://www.acf.hhs.gov/programs/hsb/).s)

---

Entendemos que *Head Start* encierra una visión abarcadora de la salud de los niños y las familias. El objetivo de los *Servicios de Salud y Desarrollo Infantil* es garantizar que, mediante la colaboración entre las familias, el personal y los profesionales de la salud, se identifiquen todas las inquietudes en cuanto a la salud y el desarrollo infantil, y que los niños y sus familias estén ligados a una fuente continua y accesible de atención para cumplir las necesidades básicas de su salud.

Asimismo, *Head Start* ofrece a los padres oportunidades y apoyo para crecer, para identificar sus propias fortalezas, necesidades e intereses, y para encontrar sus propias soluciones. El objetivo de las asociaciones con la familia es respaldar a los padres mientras identifican y logran sus metas, apoyan el desarrollo de sus hijos en el contexto de su familia y cultura, además de abogar por las comunidades que respaldan a los niños y las familias de todas las culturas.

Este programa fundamenta su labor en *estándares de calidad*, estos estándares establecen los objetivos de trabajo a corto y largo plazo y se revisan sus prácticas para mejorar sus servicios. Los primeros estándares de ejecución se publicaron hace 20 años, estos estándares enfocaban sus objetivos en la provisión de servicios a niños preescolares.

En la actualidad, los programas *Head Start* han evolucionado a la par con la sociedad y, sus objetivos y enfoques, han cambiado para responder a las necesidades de las familias y niños de la actualidad. Cubre servicios para las mujeres embarazadas y a los niños desde el momento en que nacen hasta los cinco años.

Los estándares de ejecución revisados están organizados en tres áreas nombradas de la siguiente manera:

- *Área de Servicios de Salud y Desarrollo infantil*, consta en proveer servicios que apoyen el desarrollo social, emocional, cognitivo/lingüístico y físico de los niños desde el nacimiento hasta los cinco años.
- *Área de Participaciones de la Familia y la Comunidad*. enfatiza en la importancia de crear equipos de trabajo entre las familias y las comunidades.
- *Área de Diseño de Programas y Gerencia*, para brindar servicios más completos y pertinentes para la familia.

En el año 1994, se introdujo como parte del acta de reautorización de los Programas de *Head Start*, los servicios de ***Early Head Start***, los cuales tienen por objetivo atender la población infantil desde su nacimiento hasta que entran al

programa regular de Head Start. Estos programas tienen una base comunitaria para familias de escasos recursos económicos<sup>28</sup>.

Estos programas se dedican a brindarle al niño y a sus familias el apoyo necesario para que tengan un desarrollo postnatal y temprano adecuado, orientando y educando a los padres para que estos se conviertan en educadores de su hijos. Además cubre también a aquellos niños que nacen con algún trastorno o enfermedad, brindándoles apoyo y orientación a los familiares y al mismo tiempo preparándolos para su futura experiencia educativa.

Los programas con base comunitaria *Early Head Start* basan su fundamentación en nueve principios:

1. Un compromiso de *alta calidad* significa, que los programas desarrollen prácticas y políticas basadas en los conocimientos, destrezas y ética profesional que se enmarcan en las especialidades del desarrollo infantil, familiar y comunitario.
2. *Prevención y Promoción* de un desarrollo infantil saludable y un buen ambiente familiar comienza antes de la concepción y continua durante la etapa prenatal, el nacimiento y durante los primeros años.
3. Elementos para lograr programas de alta calidad recaen en *relaciones positivas fuertes que continúan a través del tiempo*. Estas relaciones incluyen al niño, la familia y el equipo de trabajo, considerando que el vínculo entre el niño y sus padres es la relación más importante para el buen desarrollo del niño.
4. Importante que los *padres sean altamente activos, participativos*. Los programas hacen todo lo posible para facilitar y estimular que los padres tomen participación activa en las actividades con sus hijos. Además se toma en consideración la opinión de los padres en las decisiones políticas de los centros.
5. Los programas *recibirán e integrarán a los niños con discapacidades en las actividades que se realizan en los centros*. Las necesidades individuales de cada niño se evaluarán en respuesta a sus fortalezas.
6. Los aspectos de la *cultura familiar y del hogar serán considerados como un aspecto importante en la formación temprana de la identidad del niño*. También se explorarán el papel que tiene la cultura familiar en el desarrollo del niño, al igual que los valores y actitudes de su comunidad

---

<sup>28</sup> [www.acf.hhs.gov/programs/hsb/](http://www.acf.hhs.gov/programs/hsb/)

los criterios de elegibilidad están basados en la guía federal de la pobreza, del gobierno de los Estados Unidos, sin embargo, cada centro de servicio tiene sus propios criterios de elegibilidad, pero definitivamente los ingresos de la familia es un criterio muy importante para participar de los servicios que ofrecen estos programas)



- 
7. *Comprensión, flexibilidad, responsabilidad e intensidad*: los servicios que ofrecen los programas tienen la creencia de que las familias pueden identificar de una mejor manera sus propias necesidades, fortalezas y establecer sus propias metas y cuanto pueden ser capaces de crecer y desarrollarse.
  8. Early Head Start es responsable de facilitar un *proceso de transición paulatino* hacia los servicios de Head Start o algún otro programa que brinde servicios de apoyo.
  9. La *colaboración* con agencias de la comunidad y con otros proveedores de servicio aumentarán los recursos existentes de una manera costo efectivo para las familias con infantes.

Puede decirse que estos primeros programas, promueven el comprometer a los padres en el proceso de aprendizaje de sus hijos y los ayuda a progresar en sus metas educativas.

- **Programas de Intervención Temprana en niños en situación de riesgo a causa de su entorno**

Bicker (1991) estudió la eficacia de los programas en niños de riesgo y disminuidos, destacando la importancia del ambiente inicial en los programas para estimular y mejorar el apego entre los padres y el niño.

Estudios sobre las nefastas experiencias de la privación para el desarrollo del niño (Ainsworth, 1962; Spitz, 1946) o sobre la sensibilidad materna y las interacciones entre padres y niños (Caselles y Milner, 2000) también proporcionaron sólida base científica al desarrollo de los programas de AT (en Alonso García, 2005).

Guralnick y Bennet (1989) analizaron la eficacia de los programas de intervención precoz en niños de riesgo ambiental demostrando mayores y mejoras en el desarrollo intelectual cuando los niños reciben tratamiento y sus familias formación especializada.

En la década de los 80 en EEUU se elaboran varios *Programas de educación compensatoria en familias socialmente desfavorecidas*. Uno de los más representativos es el **Proyecto Milwaukee** (Garber, 1982). En él se constataba que los niños cuyas madres eran retrasadas tenían muchas más posibilidades de ser a su vez retrasados. Esto dio lugar a la confección de la *Guía Portage* (1967), diseñada para efectuarse en los domicilios de la mano de visitadoras sociales, que ha desarrollado una serie de 200 fichas para momentos secuenciales del aprendizaje y que aún ofrece una inestimable ayuda a muchos profesionales.

*Proyecto Abecedarian de Carolina* (Sparling y Wasik, 1985) es un programa educativo, centrado en el desarrollo cognitivo y del lenguaje y en el aprendizaje de conductas sociales adaptativas, pero también están enfocados hacia los padres.

Otros programas enfocados hacia los padres, que abarcan desde el nacimiento hasta el ingreso de los niños en la escuela, que nos pueden indicar la importancia de la precocidad con la que deben empezar a producirse las primeras experiencias para que influyan a corto plazo en el desarrollo son: *PCDC de Birmingham* (Andrew, Blumenthal y cols, 1982) y *PCDE de Nueva Orleans* (Andrews y cols, 1982).

En relación con las actividades, que se realizan en estos programas son muchas y variadas, centrándose según los casos en: motricidad gruesa, capacidad perceptiva-cognitiva, lenguaje y conducta social y áreas curriculares clásicas.

Otros programas que incluyen a los padres con el objetivo de estimular su participación en el desarrollo intelectual, emocional y social de sus hijos: *Proyecto CARE*, *Los PCDC* y *Proyecto Unidad Móvil para la salud del niño*, *Proyecto Florida de Educación de los padres*, desarrollando actividades de formación para los padres en áreas como la resolución de problemas, la vida familiar y la comunicación. Son programas que proporcionan información sobre consejo prenatal, cuidados del bebé, actividades de estimulación precoz, entrega de juguetes educativos a la familia (Bryant, M y Rawey, G, 1989).

*Estudios de visitas al hogar de Field* (Field, 1982): Actividades diseñadas a partir de los ítems de las pruebas Bayley y Denver. Objetivos, enseñar a las madres las principales fases del desarrollo y facilitar la interacción con sus hijos.

Desde el punto de vista de la *metodología*, entendemos que estos programas, por si solos, no son suficientes de cara a la modificación o mejora de la capacidad intelectual, pero confirman la idea de que las primeras experiencias son importantes para un desarrollo óptimo, durante los años preescolares de los niños de familias socialmente desfavorecidas.

La participación de los padres sigue siendo el factor decisivo para el mantenimiento de las mejoras conseguidas gracias a los programas una vez finalizada la intervención. Algunos de estos programas han logrado cambios de actitud en los padres o mejoras en el ambiente del hogar; sin embargo, estos factores no se han investigado tanto como el nivel intelectual.

Por último, retomar de nuevo la idea de que es necesario y posible aplicar programas a las familias ya que la mayoría de los padres quieren ofrecer buenas

---

experiencias educativas a sus hijos y, que es posible modificar el desarrollo intelectual del niño introduciendo cambios en los comportamientos o tendencias de sus cuidadores, a través de una intervención educativa con los padres.

- **Programas de Intervención Temprana en niños en situación de riesgo biológico.**

Dos debates, han influido de forma decisiva en los fundamentos y en la orientación de los programas que se han ido desarrollando para la intervención en niños en situación de riesgo biológico (Bennett, 1989: 105)

- *"El niño prematuro es en esencia un feto extrauterino por tanto el objetivo fundamental de la intervención consistirá en simular el ambiente del útero. Los defensores de este enfoque insisten en la importancia de proporcionar experiencias de quietud, descanso y protección e intentan recrearlas de forma artificial".*
- *"Sostienen que la mayoría de los sistemas corporales experimentan profundos cambios fisiológicos con el nacimiento, es bastante razonable suponer que se produzcan también modificaciones en los sistemas sensorial y nervioso central, lo que implica que el niño prematuro difiere significativamente del feto y precisa intervenciones neonatales que simulen el ambiente extrauterino que viven los niños no prematuros".*

Destacan programas dirigidos a normalizar y humanizar el ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, a corregir la privación sensorial y a favorecer su desarrollo, así como compensar el posible desfase entre su edad cronológica o edad corregida y su edad madurativa (Guralnick y Bennet, 1989).

Recogemos distintos programas en población de alto riesgo de deficiencia por causa biológica, llevados a cabo en Estados Unidos, en el periodo histórico de la década de los 70 y 80, agrupados en tres categorías, de acuerdo con la filosofía de sus intervenciones.

Consideramos que estos programas, en especial los de los años 1980, examinaron principalmente las intervenciones enfocadas hacia el niño. Sólo en dos, incluyen un componente de formación de los padres, (Powell, 1974 y Rice, 1977) en estos programas los padres intervenían directamente en la administración de estímulos sensoriales.

**Tabla 35: Programas en población de alto riesgo por causa biológica**

<b>PROGRAMA. NATURALEZA DE LA INTERVENCIÓN</b>	<b>ENTORNO/PAPEL PADRES CARACTERÍSTICAS NIÑOS</b>
Katz, 1971. <b>Estimulación auditiva</b>	Unidad de cuidados intensivos neonatales Ninguna, excepto grabación de la voz de la madre. Prematuros (tiempo de gestación 28-32 semanas)
Segall, 1972. <b>Estimulación auditiva.</b>	Unidad de cuidados intensivos neonatales Ninguna, excepto grabación de la voz de la madre. Prematuros (tiempo de gestación 28-32 semanas)
Powell, 1974 <b>Estimulación auditiva</b> se inicia contacto táctil de limitarse a tocar el niño a sostenerlo en brazos de forma prolongada	Unidad de cuidados intensivos neonatales Las madres proporcionaron la estimulación en un grupo experimental. Niños negros de entre 1000 y 2000 g de peso al nacer
Karner y cols, 1975 <b>Estimulación vestibulocinestésica</b> : cama de agua oscilante en las incubadoras en sustitución de los colchones utilizados.	Unidad de cuidados intensivos neonatales Ninguna Prematuros: tiempo de gestación menos de 34 semanas, peso al nacer 2000 gr.
Barnrd, 1973 <b>Estimulación auditiva y vestibulovestibulocinestésica</b> : cama oscilante y reproducción de una grabación de latidos del corazón	Unidad de cuidados intensivos neonatales Ninguna Tiempo de gestación 28-32 semanas
Burns y cols, 1983 <b>Estimulación auditiva y vestibulovestibulocinestésica.</b>	Unidad de cuidados intensivos neonatales Ninguna Tiempo de gestación 28-32 semanas
Kramer y Pierpoint, 1976 <b>Estimulación auditiva y vestibulocinestésica</b> cama de agua oscilante y reproducción de una grabación la voz femenina y de una simulación de latidos del corazón.	Unidad de cuidados intensivos neonatales Ninguna Tiempo de gestación menos de 34 semanas
Rice, 1977 <b>Estimulación táctil y vestibulocinestésica.</b> Caricias y masajes, así como mecer al niño, sostenerlo en brazos y abrazarlo	Domicilio. Las madres administraron las intervenciones tras ser adiestradas por enfermeras Tiempo de gestación menos de 37 semanas
<b>Estimulación táctil y vestibulocinestésica</b> Caricias con materiales de diferentes texturas, estiramientos y flexiones de las extremidades, torsión del tronco y mecer al niño.	Unidad de cuidados intensivos neonatales Ninguna Peso al nacer menos de 1500 gr
White y Labarba, 1976 <b>Estimulación táctil y vestibulocinestésica</b> Fricciones más flexiones de brazos y piernas (estimulación cinestésica pasiva)	Unidad de cuidados intensivos neonatales Ninguna Tiempo de gestación menos de 36 semanas

Fuente: elaboración propia a partir de Bennett (1989: 116-117)

Suelen establecerse las intervenciones, en la mayoría de estos programas, con independencia de si centran en el niño prematuro o en sus padres, exclusivamente durante la permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Encontramos la excepción en el programa Rice (1977) donde la intervención, enfocada a la estimulación sensorial del niño se realiza en el domicilio.

En general, la mayoría de estos programas se han diseñado sobre un modelo incorrecto del niño prematuro, que considera a éste un organismo aislado, privado sensorialmente y que necesita con urgencia estimulación adicional.

Se inicia un **enfoque nuevo en el campo de la Intervención Temprana para los niños en situación de riesgo por causas biológicas, que se centra en el fomento de la relación entre el niño prematuro y sus padres** a través, por una parte de la potenciación del comportamiento social del niño y por otra, de la utilización de estrategias de formación de los padres (Guralnick y Bennett, 1989). En su forma actual, esta intervención se asemeja notablemente a los modelos aplicados a los niños en situación de riesgo por causas ambientales, tanto en sus procedimientos como en los objetivos.

Han adoptado diversas formas e incluyen, por lo general, un componente de preparación del niño para tal contacto y otro de instrucción a los padres en la iniciación del diálogo y en las respuestas que puedan dar a los vacilantes intentos de su hijo por comunicarse. Al mismo tiempo, cuando sea adecuado, desde el punto de vista médico, se debe ayudar al recién nacido prematuro estructurando su ambiente, brindándole apoyo y facilitando sus interacciones con su ambiente inmediato, de manera que confirme las expectativas de una interacción social positiva y en ambos sentidos con sus padres (Guralnick y Bennet, 1989).

La Naturaleza de la intervención en estos programas nos ofrece el cambio a un tipo de intervención más centrada en los padres y en su formación, que se basa fundamentalmente en la "nueva" racionalidad de la mejora de la calidad de la interacción con el hijo.

**Tabla 36: Intervenciones centradas en la formación de los padres**

<b>DENOMINACIÓN DEL ESTUDIO</b>	<b>PAPEL DE LOS PADRES NATURALEZA DE LA INTERVENCIÓN CARACTERÍSTICAS NIÑOS</b>
<b>Bromwich y Parmelee,</b> 1979 Atención sanitaria gratuita.	Padres principales receptores de la intervención y se esperaba que se convirtieran en los mediadores del cambio del desarrollo.  Intervención educativa a cargo de <i>visitadores a domicilio especializados en el desarrollo</i> para reforzar y mejorar la calidad de la interacción padres-hijo e incidir indirectamente en el desarrollo social-afectivo, cognitivo-motivacional y del lenguaje del niño  Prematuros. Tiempo de gestación menos de 37 semanas, peso al nacer 2500g. niños de todas las clases sociales

DENOMINACIÓN DEL ESTUDIO	PAPEL DE LOS PADRES NATURALEZA DE LA INTERVENCIÓN CARACTERÍSTICAS NIÑOS
<b>Minde y cols, 1980.</b>	Unidad de cuidados intensivos Participación e interacción en grupos de padres de niños prematuros con la coordinación de una enfermera.  Prematuros de bajo peso al nacer de peso al nacer menos de 1500g y sus padres
<b>Brown y cols, 1980</b>	Madres receptoras y protagonistas activas de la intervención.  La estimulación comienza en el centro de salud, en cuanto era posible las sesiones se realizaban durante la comida Unidad de cuidados intensivos neonatales.  Prematuros tiempo de gestación menos de 37 semanas, peso al nacer entre 1000 y 1750g
<b>Field y cols, 1980</b>	Las madres protagonistas activas de la intervención.  Visita a domicilio por personal formado para: formar a los padres en las etapas del desarrollo, enseñar a las madres estímulos y ejercicios adecuados para favorecer el desarrollo del niño y facilitar la interacción madre-hijo.  Prematuros, tiempo de gestación menos de 37 semanas, peso al nacer 2500 g, madres adolescentes, de raza negra y bajo nivel socioeconómico

Fuente: elaboración propia a partir de Guralnick y Bennett (1989: 126-129)

Entendemos que todos estos programas de intervención neonatal que intentan facilitar el desarrollo de estrategias de paternidad eficaces con estos niños, pueden ajustarse mejor a los modelos actuales de desarrollo infantil, son más aceptables y útiles para las familias y, tienen mayores posibilidades de obtener resultados significativos y funcionales ya que ayudan a los padres a interpretar el comportamiento de sus hijos, fomentando y reforzando sus sentimientos de competencia. Todos estos programas habrán influido en considerar la eficacia de la participación de los padres en la intervención temprana dirigida a los niños.

Por último queremos señalar que **las intervenciones dirigidas a mejorar la interacción entre los niños prematuros y sus padres, confirman la necesidad de apoyo psicológico y pedagógico a los padres tras el nacimiento de su hijo** y, por ello, consideran necesario motivar y potenciar la presencia de los padres para mejorar la interacción padres-hijos.

Sabemos que los programas de intervención neonatal actuales, subrayan la necesidad de que los padres comprendan la conducta del niño prematuro.

---

- **Programas de Intervención temprana en niños con retrasos en el desarrollo**

La preocupación por los niños en situación de pobreza se extiende a la inquietud por los niños retrasados y otros niños con procesos invalidantes y, comienzan a generalizarse su aplicación a la población infantil que se encuentran en instituciones hospitalarias. Se fueron organizando diversos programas de estimulación en otros ámbitos, como es el caso de los niños con retraso cognitivo y con trastornos generales del desarrollo, déficits motóricos, déficits del lenguaje y la comunicación, déficits auditivos, déficits visuales y niños autistas (Meadow y Orlans, 2002 en Guralnick y Bennet, 1989).

- Los programas en población con **Síndrome de Down** (Hayden y Dmitriev, 1975; Hanson y Schwarz, 1978; Kysela y cols, 1981; Ludlow y Allen, 1979; Piper y Pless, 1980; Rynders y Horrobin, 1980), se da una importante reducción o evitación de la disminución de la capacidad cognitiva en estos niños al aumentar su edad cronológica durante todo el período en el que se presta el servicio de Atención Temprana.

- En cuanto a los **programas para la primera infancia con retraso cognitivo y en general en el desarrollo de origen biológico** (Safford y cols, 1976; Sandow, 1981; Shapiro, Gordon y Nieditch, 1977; Shearer y Shearer, 1976), se dan resultados positivos de los intentos de enseñar destrezas curriculares específicas.

- Si atendemos a los **programas en población con alteraciones motoras** (Bobath y Bobath, 1964; Brandt, 1980; Carlsen, 1975; Chee y Clark, 1978; Sellick y Over, 1980; Soboloff, 1981; Wrigth y Nicholson, 1973; Gluckman y Barling, 1980), la naturaleza de la intervención con estos niños es predominantemente de índole clínica, existen efectos de la intervención como potenciadora del progreso motor del niño y, estimuladora del apoyo y aceptación por los padres. Es importante señalar su contribución al más fácil manejo y atención física por parte de la familia.

- **Programas en población con problemas de autismo** es posible enseñar a estos niños, principalmente conductas adaptativas (Strain, Hoyson, Jamieson, 1985; Lovaas, 1980, 1982; Hoyson, Jameison y Strain, 1984). La eficacia de la Intervención Temprana sobre esta población está apoyada en los siguientes puntos: en un tratamiento conductista estructurado, en la participación de los padres, en un tratamiento lo más temprano posible, en un tratamiento intensivo y en los logros obtenidos en la generalización de las destrezas adquiridas a nuevos contextos.

- **Programas en población con deficiencia visual**, la Intervención Temprana tiene la posibilidad de ayudar al niño ciego a comportarse casi siguiendo las expectativas de desarrollo de los niños videntes (Adelson y Fraiberg, 1974, Allegheny, County, Schools, 1969; Bregani, 1981; Fraiberg, 1977; O'Brien, 1975; Olson, 1983; Rogow, 1982 ).
- **Programas en población con deficiencia auditiva**, las variables familiares influyen de una forma decisiva en el éxito de estos programas, por tanto el asesoramiento a los padres y su implicación en los programas es un elemento indispensable en la eficacia (Balow y Brill, 1975; Brasel y Quigley; Graig, 1964; Greenstein y cols., 1975; Levitt, 1986; Horton, 1975; Lift, 1973; Watkins, 1984; Whithe y Whithe, 1986). El desarrollo desde las edades tempranas de un lenguaje sustitutorio al oral, o bien complementario, como es el de símbolos, es otro de los elementos importantes de cara a la eficacia de los programas. La inclusión en el programa de personal especializado en audiolgía y en el área de lenguaje y comunicación, también son elementos importantes a desarrollar en un programa de Intervención Temprana.

#### **4. PROYECTOS DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN IBEROAMÉRICA**

En el ámbito iberoamericano, la protección y el cuidado de la infancia siguen siendo necesidades insoslayables, especialmente en los programas destinados a los contextos sociales más precarios. La educación, en esos casos, debe complementarse con los requerimientos y derechos básicos de los niños (Egido, 2000).

El desarrollo de programas de educación y de salud destinados a atender a los niños en edades tempranas, se ha convertido en un objeto de preocupación común en todos los países de América Latina. Así, casi todos, han hecho esfuerzos por iniciar programas para niños, con mayor énfasis *antes* de que éstos comiencen la escuela de acuerdo a importantes evidencias, si los niños tienen un comienzo sano y estimulante en la vida, están mucho mejor capacitados para superar la pobreza (Barro, 1991).

Simplificando la variedad existente, los servicios e instituciones de educación inicial se diferencian en *dos tipos principales*, en función de su finalidad y de la edad de los niños que atienden. Así se considera una primer período, que incluye



---

mayoritariamente a los niños desde el nacimiento hasta los 4 ó 5 años, en el que los servicios que se presta asumen sobre todo una *función socioasistencial*, y un segundo período, que acoge a los niños a partir de los 4 ó 5 años hasta su entrada en la escuela primaria, en el que los programas que se ofrecen asumen primordialmente *funciones educativas*.

En relación con los programas socioasistenciales, la dependencia administrativa es diversa, con intervención de departamentos de infancia, salud, trabajo, asuntos sociales... En ciertos casos su organización recae en alguna ONG u organizaciones comunitarias UNESCO, UNICEF, USAID... siendo financiados por el Banco Mundial.

Los *Proyectos de Desarrollo Infantil Temprano (DIT)* <sup>29</sup> forman parte de las Estrategias Sociales de los Gobiernos y surgen como respuesta a la necesidad de alcanzar el mejoramiento de las vidas de los niños y las mujeres, así como apoyar el establecimiento de un sistema nacional de oferta de servicios integrales de salud, nutrición y educación a los niños y sus familias.

Encontramos diferencias, en los distintos proyectos en cuanto a las estrategias puestas en marcha pero, en general, todos ellos están orientados a servir a las necesidades de nutrición, salud y desarrollo de los niños en edades tempranas. Estos esfuerzos se apoyaron en: facilitar el acceso a los cuidados básicos de salud, cuidados prenatales, lactancia materna, alimentación infantil, higiene, planificación familiar, lanzamiento de campañas de información, instruir a los profesores, definir los objetivos del currículo que vinculan la capacitación en preescolar, en definitiva, fortalecer las instituciones de la salud y de la educación.

De entre los países que han puesto en marcha acciones y programas, se destacan los más interesantes por su relación con la primera infancia.

---

<sup>29</sup> Para obtener mas información por Internet sobre estos proyectos  
<http://www.oas.org/udse/dit/index.htm>

**Tabla 37: Proyectos de Desarrollo Infantil Temprano en Iberoamérica**

PAÍS/PROYECTO	POBLACIÓN
<b>BOLIVIA</b> <i>Proyecto Integral de Desarrollo Infantil (PIDI) 1994-2000</i>	Niños pobres de 6 meses a 6 años de edad en las 34 áreas urbanas más grandes
<b>COLOMBIA</b> <i>Proyecto Comunitario de Atención y Nutrición Infantil. Hogares de Bienestar Infantil (HBIs). 1900-1997</i>	Niños de 0 a 3 años de edad y sus madres
<b>MÉXICO</b> <i>Programa de Educación Inicial no formal. 1993-1998</i>	Niños de 0 a 3 años de edad y sus madres
<b>ARGENTINA</b> <i>Proyecto para la Nutrición y Salud Materno-Infantil (PROMIN I) 1994-2000</i> <i>Proyecto para la Nutrición y Salud Materno-Infantil (PROMIN II) 1997-2003</i>	Niños pobres de las ciudades entre 2 y 5 años de edad, mujeres embarazadas y lactantes Niños de 0 a 5 años o período de lactancia en las zonas urbanas de bajo recursos
<b>BRASIL</b> <i>Proyecto de Innovación en la Educación Básica 1991-1998</i>	Niños en edad preescolar y en los dos primeros años de educación primaria
<b>ECUADOR</b> <i>Primer Proyecto de Desarrollo Social Educación y Capacitación 1992-2000</i>	Niños en edad escolar de primaria
<b>EL SALVADOR</b> <i>Proyecto de Reforma Educativa 1998-2002</i>	Niños en preescolar y en educación básica
<b>NICARAGUA</b> <i>Proyecto de Educación Básica II. 2000-2003</i>	Niños en edad preescolar y primaria
<b>PARAGUAY</b> <i>Proyecto de Salud Maternal y Desarrollo Infantil 1997-2003</i>	Mujeres pobres y niños en edad preescolar
<b>VENEZUELA</b> <i>Proyecto de Desarrollo Social 1991-1999</i>	Mujeres embarazadas y lactantes, niños menores de seis años

Fuente: elaboración propia a partir de Eming (2002)

En relación a los objetivos, aparecen en los distintos proyectos **objetivos vinculados con la promoción del desarrollo** de los niños en diferentes áreas: social, afectiva, psicomotriz, cognitiva, expresiva... En algunos casos, incluso se señala el objetivo de “promover la maduración”, con la atención alimentaria y de salud de la población infantil con necesidades básicas insatisfechas (*Bolivia, Colombia, El Salvador*).

El *Proyecto Comunitario de Atención y Nutrición Infantil. Hogares de Bienestar Infantil, HBIs*, de **Colombia**, el *Proyecto para la Nutrición y Salud Materno-Infantil (PROMIN I y II)* de **Argentina** y el *Proyecto de Desarrollo Social* de **Venezuela** consiguieron mejoras significativas en los servicios de nutrición y salud para

---

mujeres y niños e introdujo elementos dirigidos al desarrollo integral del niño dentro de los servicios para el cuidado infantil.

En concreto, el *Proyecto de Educación Inicial no formal (México)*, tiene como objetivo la **educación de los padres**, particularmente de las madres, con respecto al uso efectivo de las prácticas de atención y desarrollo del niño en el hogar. Se centra en la capacitación de padres a través de reuniones periódicas de grupo y visitas al hogar, con ayuda de guías y otros materiales educativos, que les orientan sobre cómo promover el desarrollo intelectual, psicológico y social del niño.

El *Proyecto de Innovación en la Educación Básica (IEB)*, de **Brasil**, el objetivo principal era mejorar el aprendizaje en la escuela primaria y evitar la deserción de niños de familias pobres e inmigrantes. El proyecto apoyó la **implementación de dos reformas educativas**. Específicamente, el proyecto buscaba ampliar el acceso a la educación inicial, preescolar y primaria (especialmente para los estudiantes de bajos ingresos de las áreas urbanas y rurales marginales), mejorar la calidad de la educación básica en cuanto a logros (resultados) y ambiente educativo y promover el continuo fortalecimiento y modernización institucional.

Estos programas comienzan en la etapa del embarazo y duran hasta los dos años, prolongándose incluso a los cinco a seis años de edad del niño (15-18); se diferencian de otros modelos preventivos por su extensa duración, rara vez menor a dos años, por la elevada frecuencia de los contactos y por el lugar en que se ejecutan los servicios. Los participantes pueden ser reclutados de la población general (como centros de salud), de un grupo específico (como madres adolescentes), o de participantes con criterios de riesgo y vulnerabilidad (como violencia intrafamiliar) (8,16-18).

Todos estos proyectos nos parecen programas innovadores, que han logrado comprometer a distintas administraciones y servicios en la mejora de la atención y educación de la infancia temprana. El componente de desarrollo infantil y cuidado maternal que contienen, ha ayudado a los gobiernos a formular estrategias para enfrentar los problemas sociales prioritarios, dirigiendo sus gastos a ayudar a las madres embarazadas, lactantes y a los niños menores de seis años.

Desde el punto de vista de los *beneficios*, señalar que casi todos los países han incrementado los fondos públicos destinados a la educación temprana y han fortalecido las instituciones de Desarrollo Infantil Temprano.

Otras *experiencias innovadoras* llevadas a cabo, como alternativas a la estrategia general de extender la educación preescolar formal al conjunto de la población

durante uno o dos años, si bien algunas de ellas se han convertido en programas a mayor escala. Tanto desde el punto de vista organizativo, como por el hecho de destinarse generalmente a colectivos y grupos desaventajados, el estudio de estos programas ofrece un potencial muy rico para el desarrollo de la educación temprana. Entre otras muchas experiencias podrían señalarse, las siguientes: Programa «Hogares Comunitarios» de Colombia, Programa «Educa a Tu Hijo» de Cuba, Programa de «Profesores itinerantes» de Ecuador, Programa «EDUCO» de El Salvador, Programa de «Cursos Comunitarios» en México. Programa «PRONOEI» y Programa «Hogares de Atención Diaria» de Perú, Programa «Hogares de Atención Diaria» de Venezuela y Programas para grupos indígenas, en diferentes países.

Finalmente señalar que, la atención al desarrollo infantil, especialmente en los sectores sociales más desfavorecidos, no debe posponerse hasta los 4 ó 5 años de edad ni debe plantearse de una manera homogénea para el conjunto de la población, cuyas necesidades son diversas.

- **PROGRAMA NAR: programa de prevención y seguimiento de niños de riesgo al nacimiento (ECUADOR)**

Programa de prevención y atención a niños recién nacidos de alto riesgo psico-neuro-sensorial, dependiente del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, es fruto del trabajo de la Cooperación Española en Ecuador, con el apoyo técnico y financiero de la Junta de Andalucía.

El Programa NAR, nace en los primeros años de la década de los 90. En 1991 tiene lugar el Máster Iberoamericano en Deficiencia Mental y Trastornos del Aprendizaje, que dará marco a la elaboración del Programa. Este Máster se realiza a partir de la firma del Convenio entre la Pontificia Universidad Católica de Quito y la Universidad de Sevilla, en 1991.

El programa NAR inicia su andadura en el año 1992, y su trayectoria hasta la actualidad le ha merecido la obtención del Premio Reina Sofía de Prevención de Deficiencias (2004) que otorga el Real Patronato sobre Discapacidad de España. En 1994 se instaura un programa piloto en el Hospital Sur Enrique Garcés, de Quito, con buenos resultados obtenidos de esta experiencia que se extiende hasta diciembre de 1995.

Esto unido a que existe un alto índice de discapacidades en Ecuador (según el estudio realizado por el CONADIS de Ecuador y el INSERSO de España en 1996, el 13,2% de la población ecuatoriana, de las que más del 60% son niños y el 41,6%

---

de alteraciones del desarrollo), hacen que se considere conveniente la consolidación del Programa y la ampliación de su ámbito de aplicación.

El **principal objetivo** de este programa es la prevención de discapacidades y de trastornos en el desarrollo infantil, a través de la detección **precoz de los riesgos neurológicos y sensoriales en recién nacidos, el seguimiento sistemático hasta los siete años** de edad y el **tratamiento de estimulación precoz** quienes lo requieren **hasta los cuatro años**.

El Programa interviene desde tres áreas diferenciadas (social, sanitaria y educativa), y a la vez interrelacionadas, con base en el trabajo de equipos interdisciplinarios y en la coordinación de recursos y en la implicación de las instituciones locales, y enmarcadas en las líneas definidas en el Libro Blanco de Atención Temprana (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. Real Patronato sobre Discapacidad, 2000). Estas son:

- Plan de Prevención Primaria de las Discapacidades.
- Unidades de Seguimiento y Estimulación/Atención Precoz, ubicadas en los Servicios de Pediatría de Hospitales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Docencia e Investigación.

El punto de partida de este programa era guiar a los padres y a las madres en las intervenciones oportunas para evitar la aparición de discapacidades o secuelas en el desarrollo de los niños, así se podría mejorar la mejora de la calidad de vida de muchos niños y las de sus familias. Ecuador carecía de una cultura preventiva en cuanto al seguimiento madurativo de los niños de alto riesgo psico-neuro-sensorial se refiere.

El programa ha sensibilizado a las familias ecuatorianas para identificar los posibles riesgos que pueden tener sus hijos desde antes de la concepción, durante el embarazo y a lo largo del proceso de desarrollo.

En la Atención a niños de riesgo hasta la edad escolar y sus familias, se trabaja desde la interdisciplinariedad, contando con el trabajo de un neuropediatra, un psicólogo infantil y dos especialistas en Atención Precoz. El lugar dónde se lleva a cabo es en los Servicios de Pediatría de los Hospitales públicos de seis ciudades de Ecuador. Se ofrece Atención Integral desde:

- *Prevención Primaria* de las deficiencias
- *Prevención Secundaria* a través del seguimiento a recién nacidos de alto riesgo psico-neuro-sensorial.

- *Prevención Terciaria* con programas de intervención precoz en niños con alteraciones en el desarrollo y sus familias.

La evaluación ha sido una constante del programa, desde sus inicios hasta ahora, y sus efectos a nivel cuantitativo y cualitativo le han permitido sobrevivir a los vaivenes políticos sufridos en Ecuador en las dos últimas décadas. Además, ha contribuido a la elaboración de una estrategia nacional de atención a la infancia, las Normas de Atención a la Niñez (2003), en las que se atiende de forma especial al periodo neonatal y la prevención de dificultades en el desarrollo, lo cual dota a este programa de una modernidad de la que carecen otras iniciativas en contextos con mayores recursos. Así mismo, ha sido declarado por la OMS Proyecto Piloto para toda el área andina.

Entendemos que, las características de este programa, no se alejan de aquellas características impulsadas desde la Atención Temprana. El Programa NAR, al haber sido conformado con la colaboración española, tiene muy en cuenta las variables que defiende la Atención Temprana Española.

• **PROGRAMA ARRANQUE PAREJO: Programa de prevención socio-sanitaria (México)**

El *Programa Arranque Parejo en la Vida* se enmarca en la estrategia nacional de Salud 2001-2006 de México, a través de acciones para asegurar una atención prenatal adecuada (Secretaría de Salud de México, Subsecretaría de prevención y protección de la Salud, 2002).

**El propósito de este programa se centra en mejorar la salud reproductiva de la población femenina de México y la salud de niñas/os** contribuyendo de esta manera a lograr una mayor equidad en las condiciones de salud de la población.

Esta basado en investigaciones previas que informan de la alta tasa de mortalidad femenina en los partos, sobre todo en las regiones con mayor pobreza y marginación. En muchas de estas regiones, se observa que los servicios de salud tienen limitaciones, tanto técnicas como humanas, lo que se refleja en una baja calidad de la atención, particularmente de las mujeres embarazadas, de recién nacidos y de niñas /os menores de dos años.

A pesar de los avances científicos y tecnológicos en el área de salud, el estudio localizó zonas especialmente vulnerables con altos índices de mortalidad materna e infantil y concluyó que factores tales como, la falta de atención prenatal, la

---

insuficiente nutrición de las mujeres y la deficiente calidad en la atención del parto, contribuyen a incrementar el riesgo de fallecer durante el embarazo o el parto, que repercuten directamente en la salud de los recién nacidos o en algún padecimiento que genere una discapacidad en su vida.

Estos datos indican la poca prevención primaria que se ha venido realizando en el país, y la necesidad de mejorar este punto como base para una disminución de la mortalidad y las discapacidades infantiles.

El Programa de Acción *Arranque Parejo en la Vida* plantea la necesidad de aumentar la información y el acceso a los servicios de salud de calidad, para la población femenina e infantil menor de dos años.

La finalidad del programa plantea los siguientes objetivos:

- Lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, así como a las niñas /os desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad.
- Disminuir la mortalidad materna con prioridad en las regiones con mayor incidencia y número de defunciones.
- Disminuir la mortalidad neonatal e infantil y prevenir los defectos al nacimiento para reducir las diferencias entre las diversas regiones del país.
- Conjuntar los esfuerzos de sociedad y gobierno para la operación del Programa de Acción arranque parejo en la Vida.

Para fortalecer la cobertura y la calidad en la atención de la mujer y garantizarle un embarazo saludable, así como un parto y puerperio seguros, se ha diseñado una red de servicios, compuesta por los **servicios** de salud y los servicios de apoyo social. Para aquellas zonas que no existen hospitales se han creado las *Clínicas Sí Mujer*.

La *Clínicas Sí Mujer* es una unidad de salud concebidas específicamente para atender todo lo relacionado con la salud reproductiva de las mujeres y la de sus hijos. Tras el nacimiento, en todos los casos se ofrecen 10 visitas a los centros para seguir el desarrollo de los niños e informar a las madres sobre técnicas de estimulación y signos de alarma de enfermedades.

Asimismo cuenta con un *Servicio Integral para la Prevención y Atención de la Discapacidad (SINDIS)*, donde se les brindará atención integral a los recién nacidos con complicaciones o defectos al nacimiento para disminuir las secuelas y limita el daño.

Para complementar la red de servicios de salud es necesario que operen los servicios de apoyo social en forma coordinada; estos últimos inician sus acciones

desde la comunidad con la promoción entre la población de estilos de vida saludables, embarazos planeados, derechos de una mujer embarazada para fomentar su asistencia al control prenatal. De especial relevancia será la coordinación y fluidez de información entre dichas instituciones. No prevé una coordinación directa con el ámbito educativo, por dirigirse a las madres y sus hijos desde el nacimiento a los dos años a los servicios de salud.

La finalidad del programa va en consonancia con las actuaciones de la AT, aunque no sea completamente, se acerca bastante a sus ideas y a su marco de actuación.

- **CHILE CRECE CONTIGO**

*Chile Crece Contigo* forma parte del Sistema de Protección Social comprometido por el Gobierno hasta el 2010 y está en línea con los compromisos asumidos por el Estado de Chile al ratificar, en 1990, la *Convención Internacional sobre los Derechos del Niño*.

Es un sistema de Protección Integral a la Primera Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños/as y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor: a cada quien según sus necesidades (Ministerio Protección Social de Chile, 2007).

Su propósito es **atender las necesidades y apoyar el desarrollo en cada etapa de la primera infancia, desde la gestación hasta los 4 años**, promoviendo las condiciones básicas necesarias, en él entendido que el desarrollo infantil es multidimensional y, por tanto, simultáneamente influyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales del niño/a y su entorno.

Las políticas públicas tienen un papel destacado en la provisión de las mejores oportunidades posibles para las familias y comunidades del país.

Fue desarrollado en Chile para apoyar y facilitar el desarrollo lo más normalizado de todos los niños sin excepción en Chile. Se trata de mejorar las políticas públicas de forma que favorezcan el desarrollo integral de todos los niños /as, no se trata de satisfacer las necesidades puntuales de cada uno de ellos.

Se trabaja desde el ámbito social. El Programa cuenta con un enfoque multidimensional del desarrollo del niño donde se realizan intervenciones simultáneas en las distintas dimensiones que influyen en el desarrollo de los niños/as.



---

Se debe intervenir en el momento oportuno y de forma pertinente a las necesidades particulares de cada niño/a. La **detección temprana** de rezagos y la atención oportuna de los **factores de riesgo** (biológicos, psicológicos y/o sociales), permiten aprovechar las ventanas de oportunidades que ofrece la primera infancia.

Se ofrece apoyos diferenciados a todos los niños/as y sus familias, a cada uno de acuerdo a sus necesidades particulares.

La forma de trabajo con los niños desde este programa está enfocada en su mayoría a ejercer una **prevención primaria** para disminuir al máximo los problemas y discapacidades que puedan solucionarse o mejorarse de esta manera.

Se ofrece una serie de medidas, o prestaciones sociales que van dirigidas a todos los niños como puedan ser el programa de educación masivo, desde donde se ofrece información, material didáctico... también se ofrecen propuestas legislativas dirigidas a mejorar la calidad de vida del niño y su familia.

Así mismo se ofrece apoyo a todos aquellos niños atendidos en los centros de salud del Sistema Público de Salud, organizadas como prestaciones universales y prestaciones diferenciadas que se proporcionan según sea la condición o situación especial en que se encuentran niños y niñas.

También se ofrecen medidas de prevención secundaria dónde se ponen a disposición de niños que en el curso de su desarrollo sean diagnosticados con algún tipo de rezago iniciativas locales pertinentes a las necesidades especiales de los niños/as, que los apoyen a ellos y a sus familias de manera que desplieguen al máximo sus capacidades.

Las medidas serán las siguientes:

1. programa educativo para toda la ciudadanía
2. Perfeccionamiento de la legislación y normativas de protección a la maternidad y a la paternidad.
3. Acompañamiento a los niños/as de(nivel de transición mayor o pre-kinder)
4. Apoyo diferenciado y garantías para niños/as de los hogares del 40% de menores ingresos o con situaciones de especial vulnerabilidad.

## **5. PROGRAMAS DESARROLLADOS EN EUROPA**

En Europa, los primeros programas se desarrollan en la segunda mitad del siglo XX, con marcado carácter asistencial, rehabilitador y compensatorio y, más tarde, preventivos.

*Los primeros programas de AT eran de corte genetista y maduracionista y se aplicaban cuando la deficiencia era ya manifiesta y con un fin clasificatorio y de ubicación del niño en el centro correspondiente. Se fundamentaban en la plasticidad cerebral y en la importancia de los dos primeros años de vida como periodo crítico para el aprendizaje y en los efectos irreversibles que un ambiente deprivado pudiera tener sobre el desarrollo (Gútiérrez, 2005)*

En Europa la pedagogía subyacente en los programas y técnicas de AT se encuentra, hoy en día, centrada en la consideración de la familia y la comunidad: hay programas para intervenir desde el hogar y programas que tratan de proporcionar los apoyos desde otros ámbitos aunque con implicación familiar.

- ***El Proyecto de Intervención Temprana de Coimbra ( Portugal)***

A finales de los 80 y principio de los 90, empezó una nueva etapa en la Atención Temprana en Portugal. Surgieron algunas experiencias innovadoras sobre el cuidado de niños con discapacidades o de riesgo en los primeros años. Surge el *Proyecto de Intervención Temprana de Coimbra* basado en la colaboración interservicios entre la seguridad social y los sectores sanitario y educativo y el *Proyecto Portage de Intervención Temprana de Lisboa* se consideraron como una influencia positiva en el desarrollo de la Atención Temprana en todo el país.

El *Modelo Portage para Padres* fue un hito importante y tuvo una influencia positiva. Este modelo introducía algunas características innovadoras: difusión de un modelo centrado en la casa en colaboración con los padres, planificación de objetivos y estrategias individualizadas de intervención, un sistema de organización de los recursos existentes, colaboración interdisciplinaria entre los servicios y un modelo de cursos de formación y supervisión para los profesionales a domicilio.

En 1999, se elaboró una normativa legal exclusivamente para la AT (Ley Ejecutiva Conjunta, nº891/99). Ésta establece las "*normas generales que regulan la Atención Temprana para niños con discapacidad o en riesgo de retraso evolutivo y orientación para sus familias*".

---

Fue un paso importante en el reconocimiento y la identificación de la AT. Esta legislación define la AT como una medida de apoyo integrada, centrada en el niño y la familia, realizada por medio de acciones preventivas y rehabilitadoras, principalmente dentro del campo de la educación, sanidad y seguridad social, con objeto de:

- asegurar la facilitación de condiciones que apoyan el desarrollo evolutivo de un niño con discapacidad o con riesgo de sufrir un retraso evolutivo grave.
- Aumentar el potencial para mejorar las interacciones familiares.
- Reforzar las competencias familiares y desarrollar su capacidad y autonomía progresiva para responder a los problemas de discapacidad emergente.

Aunque se han realizado grandes avances en los últimos años, la provisión de AT en Portugal se enfrenta a retos importantes y requiere esfuerzos comunes para alcanzar los objetivos planteados

• ***El Programa Sure Start o Comienzo Seguro (Inglaterra)***

*Sure Start o Comienzo Seguro (Together from the Start)* es un programa gubernamental del Reino Unido, que pretende garantizar, como su propio nombre indica, el mejor comienzo posible a los niños. Se trata de una estrategia que integra todos los servicios relacionados con la primera infancia: educación, salud, cuidado de la infancia y apoyo familiar; se unifican todos los recursos y apoyos creando un tipo de centro integral, los *Sure Start Children's Centres*, ubicados en cada localidad y contruidos sobre centros de educación o cuidado infantil que existían previamente.

Funciona como una agencia que integra todos los servicios necesarios para la familia desde antes del nacimiento, lo cual lo convierte en una medida de atención preventiva para los niños y, en cualquier caso, en un modelo organizativo ejemplar.

Todos estos centros gestionan y ofertan los siguientes servicios, apoyando a las familias desde el embarazo hasta los 14 años y hasta los 16 años en niños con discapacidad:

- *Apoyo para las familias.*
- *Servicios de salud para el niño y la familia.*
- *Educación infantil y servicios de cuidado integrados. A partir de los 3 años, los servicios de educación infantil son gratuitos.*
- *Servicios especiales para grupos en desventaja.*

Los principios en que basa su actuación son:

- *Trabajo con los padres e hijos:* se ha comprobado que es la mejor forma de ofrecer los recursos, la que más beneficia a unos y a otros.
- *Comienzo temprano:* los servicios comienzan en la primera entrevista familiar, que es antenatal. A partir de ahí, se provee de información sobre el embarazo, se gestiona su seguimiento, se ofrece orientación sobre la vuelta al trabajo tras los primeros permisos de maternidad y cualquier apoyo. Todo ello es gestionado desde un punto de contacto.
- *Coordinación entre profesionales, padres y la propia comunidad:* los procesos son supervisados por la comunidad de forma que haya una total transparencia y, cualquier actuación destinada a los niños o a las familias está basada en la comunicación diaria con las mismas.

- ***El Proyecto de intervención con familias "Humlan" (Suecia)***

Es un programa sueco destinado a proporcionar un apoyo temprano a los niños con un comportamiento problemático. Su finalidad es apoyar a los padres en el ejercicio de sus funciones y permitir que los niños actúen de forma más adecuada en al escuela, en su tiempo de ocio y en casa. El programa se basa en contactos estrechos y diarios y trabajar paralelamente con el niño y su familia.

La Atención Temprana en Suecia puede definirse como una práctica de intervención en niños que necesitan un apoyo especial desde su nacimiento hasta que empiezan la escuela a la edad de 6 ó 7 años. Se lleva a cabo principalmente en los contextos naturales de los niños pequeños, la familia y/o centros de preescolar/guarderías de las comunidades. Los grupos de padres y su educación están considerados parte de este servicio.

- ***Programas de apoyo a la crianza***

Más recientemente, se han desarrollado muchos programas para brindar apoyo a los padres, se diferencian en sus objetivos, sus métodos y su alcance.

- **Programa de visitas a domicilio** (*Programa Nurse-Family Partnership:NFP*) es un programa desarrollado en los Estados Unidos que proporciona vistas a domicilio, efectuadas por enfermeros, durante el período prenatal y la primera infancia, a las madres socialmente desfavorecidas que tiene su primer hijo.

Objetivos principales: optimizar los resultados del embarazo ayudando a s mujeres a mejorar su salud prenatal, optimizar el curso el estado de salud y desarrollo del niño ayudando a los padres a brindar a su hijo un cuidado más sensible y

---

competente ayudándolos a planificar los embarazos futuros, a completar su educación y a encontrar un trabajo.

Este programa ha sido evaluado (Olds, 2002) y se han podido verificar los efectos en la mejora de la salud prenatal, reducción de lesiones durante la infancia, mejora de la salud mental de los niños, mejora la preparación para la escuela y reducción del recurso a la asistencia social.

Actualmente se está adaptando y poniendo a prueba en otros países, Inglaterra, Holanda, Australia y Canadá (Olds, 2007).

Los programas para padres ***The Incredible Years*** (*Los años increíbles*). Fueron creados con la finalidad de promover una crianza positiva que refuercen las habilidades para resolver problemas y la competencia social de los niños, reduciendo al mismo tiempo las agresiones en el hogar y en la escuela.

El enfoque de este programa se basa en el empleo de "videgrabaciones modelo" según el cual los padres discuten videoclips en que se ven otros padres mientras ponen en práctica toda una serie de estrategias para enfrentar situaciones de la vida cotidiana con sus hijos. El programa pone de relieve las destrezas

El Ministerio Neozelandés de Desarrollo Social en 1991 pone en marcha un Programa de apoyo a los padres **"Los padres como Primeros Maestros"** con el nombre "*Āhuru Mōwai*" (significa "refugio seguro"). El programa está centrado en el concepto de "*educadores de padres*", figuras que provienen de un sinfín de disciplinas y también incluyen padres que, en su momento, fueron beneficiarios de los servicios del programa. La capacitación de los educadores cubre cinco áreas clave: las tradiciones orales, el desarrollo infantil, los métodos de apoyo a los padres, los derechos del niño y el derecho a la autodeterminación, la seguridad y la salud. La formación se organiza a nivel nacional y se exige que los educadores de los padres posean un Diploma de Enseñanza para la Educación de la Primera Infancia.

El programa se realiza mediante vistas personales a domicilio y reuniones de grupo, y a través de contactos y puntos de referencia en servicios locales. Comienza antes del nacimiento del niño y prosigue hasta que el niño cumple 3 años. Se propone alentar a los padres a convertirse en los primeros, más importantes y útiles maestros del niño

La **Triple P** (*Positive Parenting Program, Programa para padres Positivos*) es un sistema desarrollado en Australia y único en su género, estructurado en varios

niveles y con base en la población, para el apoyo a los padres y familias (Sanders, 2003).

Se propone prevenir serios problemas de conducta, emocionales y evolutivos en los niños mediante el aumento de los conocimientos, las habilidades y la confianza en si mismo de los padres. Comprende cinco niveles diferentes de intervención, los cuales operan en un proceso escalonado que respalda a los padres desde que el niño nace hasta que cumple 16 años. Los cinco niveles de intervención utilizan principios coherentes de "crianza positiva" y aplican el principio de intervención mínima suficiente, intentando adaptar el nivel de apoyo a las necesidades de la familia

Para lograr mejoras significativas en la competencia necesaria para la crianza, se aplica un enfoque centrado en la salud de la población. Es llevado a cabo por profesionales capacitados, posee un sistema estandarizado de formación y cualificación para los profesionales, aspira a construir un entorno "adecuado para las familias" a fin de ayudar a los padres y proporcionarles mayor autonomía.

- ***Programas de intervención prenatal***

La estimulación prenatal no tendría sentido si no existieran razones para pensar que puede tener resultados positivos. Los hallazgos aportados por las nuevas tecnologías demuestran el útero como un lugar que no está aislado, ni es hermético, que recibe estimulación desde el exterior y la proporciona desde el interior (Piontelli, 1992; Chamberlain, 1993).

Los programas de estimulación prenatal se proponen como objetivo potenciar las capacidades cognitivas del futuro bebé.

Hacemos referencia a los programas de intervención prenatal más representativos (Lafuente Benaches, 2007):

- **Comienzo del corazón-comienzo del amor** (*Head-start-Love Start*, de Marnie): objetivo fundamental, hacer conscientes a los futuros padres de que durante la gestación el no nacido ya debe formar parte de sus vidas y enseñarles a comunicarse con él, instrumentalizando la consecución de estas metas a través de la relajación, el goce, la concentración mental, la actividad y la información
- **Comienzos vinculados** (*Bonded Beginnings*, de Sallenbach): su objetivo principal es fortalecer la vinculación entre los padres y el no nacido a través de los sentimientos (relación madre-hijo), de la música y del aprendizaje, abarcando cinco áreas de intervención: social, lingüística, visual, auditiva y musical.

- 
- **Currículum cardíaco** (*Prelearn Project*, de Logan): pretende incrementar el desarrollo neuronal de cerebro durante el período fetal, por medio de la estimulación auditiva y sus efectos sobre la frecuencia cardíaca del niño. La estimulación auditiva del feto suele realizarse principalmente por medio de música, canciones, comunicación verbal, sonidos naturales (mar, pájaros, viento...) y sonidos mecánicos (campana, timbre...).
  - **Currículum prenatal de música y sonidos** (*Prenatal music and sound currículo*, de Whitwell): pone el mayor énfasis en los aspectos musicales. Este programa incluye técnicas de relajación, visualizaciones guiadas, ejercicios para comunicarse y aproximarse afectivamente al feto. Se trabajan las relaciones interpersonales, se abordan temas de interés para las futuras madres y después del nacimiento se continúa la labor educativa y de apoyo emocional a los progenitores.
  - **Modelo educativo multifactorial** (*Multifactorial Educational Model:adequate stimulation health and nutrition*, de Manrique):desarrollado en Venezuela, persigue no tanto ejercicios de estimulación fetal sino combinar la educación de los futuros padres con la estimulación de su hijo y, en continuar esta doble meta después de nacimiento, a lo largo de los primeros años de vida del niño.
  - **Primer comienzo** (*Firststart*, de Plaza y Alonso): la finalidad de este programa es potenciar el desarrollo intelectual por medio de la estimulación musical del feto (música de violín) y contribuir a su bienestar físico y emocional, a través de la relajación de la gestante.
  - **Progenitura prenatal consciente** (*Prenatal conscious parenting*, de Borg): el objetivo es lograr que los futuros padres sean plenamente conscientes de todo lo que supone engendrar y asumir la responsabilidad de encaminar una nueva vida. Se alcanza trabajando en cuatro aspectos: físico (dieta, comunicación con el no nacido por medio de masajes, relajación con técnicas respiratorias y yoga prenatal),mental (cultivar pensamientos positivos) emocional (comunicación con el no nacido y apoyo mutuo de la pareja) y espiritual.
  - **Programa de estimulación infantil prenatal** (*Prenatal infant stimulation program*, de Panthuraamphorn): desarrollado en Tailandia. Durante los primeros meses de gestación profundiza en el vínculo prenatal, recurre a fomentar las ocasiones de interacción entre ambos miembros de la pareja y aliviar la ansiedad y el miedo para fortalecer la autoestima. Cuando la gestación está más avanzada se inicia la estimulación multisensorial del no nacido: auditiva, táctil, visual y vestibular.

- **Programa prenatal de valores positivos** (*Sanskar, del Manashakti REST New Way Center-Kelbar*): Programa hindú impregnado de valores culturales y espirituales de las religiones orientales, se encuadra dentro de un programa educativo que abarca desde la infancia hasta los veintiocho años de edad.
- **Sistema de armonización intrauterina** (*Womb harmonics system, de Verny y Weintraub*): el objetivo es desarrollar el vínculo afectivo con el niño que va a nacer y enseñar a los padres a tranquilizar y a estimular al feto y a comunicarse con él.
- **Universidad prenatal** (*Prenatal University, de Van de Carr y Lehrer*): este programa incide directamente sobre las siguientes áreas: estimulación prenatal, nutrición, creación de un entorno intrauterino y extrauterino adecuado, potenciación de la vinculación familiar.

Consideramos que algunos de estos programas, no sólo proponen una simple estimulación del feto en desarrollo, sino que se podrían conceptualizarse más bien como **programas de intervención prenatal encaminados** a proporcionar el bienestar físico y psíquico, **a fortalecer los vínculos afectivos** y a proporcionar información y estrategias a los padres para afrontar todos los cambios que les esperan.

## **6. PROGRAMAS DE ATENCIÓN TEMPRANA EN ESPAÑA**

En España los programas de AT que hacen referencia a la atención y asistencia educativa preventiva del desarrollo o primera infancia, se han desarrollado a través del sistema sanitario y servicios sociales, como hemos visto.

En el ámbito sanitario eran programas dirigidos a la prevención de enfermedades y deficiencias, atención materno-infantil, detección precoz y a tratamientos pediátricos y rehabilitadores.

A partir de los años ochenta surgieron numerosos programas preventivos o terapéuticos, que se organizan en torno a los modelos teóricos y niveles de prevención descritos, la participación de los profesionales de los distintos ámbitos de AT y los tipos de trastornos del desarrollo o de alto riesgo al que se destinan. Muchos de los programas que se definen como programas para niños con discapacidad, son programas útiles para todos los niños.

- **Programas para la detección del riesgo social en Neonatología.**



---

Los primeros trabajos en estimulación precoz con niños de alto riesgo biológico se iniciaron en las Comunidades de Madrid, Cataluña y Navarra.

A partir de 1990 se ponen en marcha *Programas de Seguimiento y Control de Niños de Alto Riesgo*. Las áreas de hospitalización de los Servicios de Neonatología son un lugar privilegiado para observar la conducta del recién nacido, comportamiento familiar, inter-relación niño-familia, adaptación de la familia a los límites y normas sociosanitarias impuestas, atención prestada al cuidado sanitario... Esta observación es posible por el trabajo interdisciplinar de los profesionales, que abarca no sólo el cuidado del niño sino también la información socio-sanitaria y la enseñanza a los padres (Valle, 1991).

Desde el año 1990, en el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario San Carlos de Madrid, se desarrolla el "**Programa de Detección y Valoración de Familias con Problemas Sociales Graves**", que se ha concretado en una serie de investigaciones (Valle, 1991; Saenz-Rico, 1995; D' Angelo, 1996) centradas en la población denominada de Alto Riesgo de Deficiencias. Fundamentado en que cualquier desconsideración a los derechos del niño/a supone un maltrato, y que las distintas actuaciones que se establezcan en los hospitales para prevenir el maltrato, influyen en cualquiera de las formas del mismo., cuidado del niño sino también la información socio-sanitaria y la enseñanza a los padres.

También desde el IMAIN (Instituto Madrileño de Atención a la Infancia), se desarrolla un "*Programa de Prevención, Atención y Tratamiento de Situaciones de Maltrato Infantil en la Comunidad de Madrid*", uno de cuyos proyectos se dirige a la red sanitaria, y tiene como objetivo general establecer una acción coordinada con el nivel primario y especializado del sistema de salud para la detección, atención y derivación de casos de malos tratos infantiles.

La confluencia de ambos programas dio paso a un Programa experimental, con el fin de sistematizar la intervención y así poder, si procede, generalizar su aplicación al resto de las áreas de Neonatología de la red hospitalaria de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Desde el punto de vista metodológico, se vio la conveniencia de contar con otro centro hospitalario ubicado en un municipio del área Metropolitana, eligiéndose el *Hospital General de Móstoles*, donde además existen buenos niveles de coordinación interinstitucional y es conocida la sensibilización de sus profesionales en estos temas. Durante los años 1994/95, se puso en práctica el Programa en ambos hospitales.

En 1990, en el Hospital 12 de octubre, se pone en marcha un *Programa de Seguimiento multidisciplinario* para niños que han estado en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Los objetivos que se plantearon fueron la identificación precoz de problemas de desarrollo y el apoyo a la familia. Abren el Protocolo de Seguimiento de los recién nacidos de peso inferior a 1500 g. a la comunidad, centros y equipos de AT, para favorecer la recogida de datos y el traspaso de información.

- **Programa de prevención para niños de 0-3 años con alto riesgo biológico y socioambiental** (Murcia, 1997). Programa en colaboración con la dirección General de Educación de la Comunidad Autónoma de Murcia. Los objetivos de este programa son los siguientes: detectar las necesidades psicoevolutivas de la población de alto riesgo biológico y/o socioambiental de 0 a 3 años, informar y asesorar y apoyar a las familias implicadas, promover la coordinación con organismos e instituciones relacionadas y prevenir el deterioro progresivo en niños que presentan deficiencias o que están en situación de alto riesgo biológico y/o socioambiental.

- **Programa de AT a prematuros, recién nacidos de bajo peso y recién nacidos de muy bajo peso en pediatría de Atención Primaria** (Navarra, 2002): analiza el primer impacto sobre las familias mediante una escala de satisfacción. El programa pretende aumentar el interés de los padres por el desarrollo de su hijo y su satisfacción en el papel de padres, hacer más fácil el manejo del bebé.

Los *programas psicopedagógicos* se desarrollan en respuesta a las insuficiencias del modelo clínico, con equipos multiprofesionales que pudieran prestar una atención global a niños y padres. Se estructuran en función de la división del desarrollo en las cuatro áreas clásicas (motricidad, desarrollo cognitivo, lenguaje y desarrollo socioafectivo) (Gútiérrez, 2005:60).

También surgen diversidad de instrumentos para valorar el desarrollo temprano: escalas, guías prácticas, protocolos, programas, cuestionarios, pruebas de cribaje; la mayoría de estos instrumentos se utilizan para comprobar el desarrollo alcanzado y suelen añadir propuestas de intervención que sin llegar a ser programas propiamente dichos, sirven para realizar una programación individual del niño (Vidal, 2007).

- **Programa de Intervención Temprana** (Zulueta y Molla, 1999), recoge los comportamientos básicos que deben adquirir los niños de 0 a 6 años y las estrategias y procedimientos a seguir.

- 
- **Programa ARYET** (*Programa de Alto Riesgo y Estimulación Temprana*, 1988). Está estructurado para realizar un entrenamiento sistemático de las habilidades del niño durante los dos primeros años de vida. Contempla las cuatro áreas clásicas del desarrollo, destina una parte del programa al entrenamiento sensorial y motor.
  - **Escala de Observación del Desarrollo** (Secadas, 1989). Es una escala o cuestionario de observación que permite sistematizar los resultados y elaborar un programa individual. Contempla todas las edades del desarrollo: 0 a 6 años y de 6 a 16 años.
  - **Detección de Deficiencias y Estimulación Temprana. Guía Profesional para orientar a padres** (1994). Es un libro práctico que ayuda a los profesionales de la AT a analizar los aspectos claves del desarrollo. El objetivo de la guía es orientar a padres, medidas preventivas y un apartado de AT para niños con discapacidad.
  - **Programa de Intervención Temprana en S.Down** (Candel, Pelegrín y Navarro, 1981): dirigido al niño y a los padres y se basa, fundamentalmente, en el hogar. Para realizar una evaluación previa a la intervención se describe un Inventario de Desarrollo que consta de 211 ítems que cubre el desarrollo del niño de 0 a 2 años en las áreas del desarrollo. Se mantiene una estrecha relación con los padres, comentando incidencias sobre programaciones, objetivos, dificultades...
  - **Programas de estimulación visual:** orientados a facilitar que los niños con baja visión alcancen con mayor rapidez y seguridad su más alto grado de percepción visual.
  - **Programa para el desarrollo de la eficiencia en el funcionamiento visual** (Barraga, 1983): pretende favorecer el desarrollo perceptivo visual de niños con bajo visión a partir de materiales muy comunes y sencillos. El programa consta de una escala de observación de conducta visual.
  - **Programa para el desarrollo de la percepción visual** (Frostig, 1978): destinado a niños con problemas en la percepción visual, que tienen dificultades en el aprendizaje entre los tres y medio y siete años y medio. Sin fines correctivos se puede utilizar con como técnica de enseñanza para obtener un mayor grado de desarrollo perceptivo.
  - **Proyecto para el adiestramiento perceptivo visual de niños ciegos y videntes parciales de 5 a 11 años "Mira y Piensa"** (Chapman y Tobin, 1986): el objetivo es motivar a los niños deficientes visuales, entre cinco y once años, a

usar el resto visual de manera más efectiva, a través de una serie ordenada de tareas visuales en una proporción progresiva y adaptada a sus experiencias.

- **Programas de estimulación auditiva**

- **Programa de intervención Familiar en la Atención Temprana del niño con discapacidad auditiva (Programa SAAF, 1999):** Programa que se inicia con objeto de abordar de forma específica el actual vacío en la atención y apoyo a las familias de las personas con deficiencia en su audición prioritariamente en las edades más tempranas. Como objetivos principales:

1. ofertar un servicio de atención y apoyo a familias, orientado prioritariamente a la intervención familiar en la atención temprana del niño con deficiencia auditiva.
2. Aplicar un programa de asistencia padre a padre, fundamentalmente para la acogida de nuevas familias, con el objetivo de dispensar apoyo emocional, información y orientación tras el diagnóstico de la deficiencia auditiva en su hijo
3. Optimizar y actualizar la formación de los responsables de los SAAFs y en general, de los padres que acuden a estos servicios para que se involucren activamente en el proceso habilitador de sus hijos con deficiencia auditiva, dispensándoles una atención educadora de mayor calidad y con mayores recursos.
4. Fijar canales para la información, la orientación, el aprovechamiento de recursos a través de la estructuración de una Red de Atención Temprana establecida y con implicación y corresponsabilización de todos los sectores implicados.

- **Programas para niños con Trastorno Generalizado del Desarrollo:** Hemos encontrado que muchos de estos programas tienen como objetivo principal formar a los padres, proporcionando información sobre la discapacidad y sus características y, proporcionando técnicas de comunicación efectivas que mejoren las relaciones padres-hijos.

- **Programa de entrenamiento individualizado APNABA (1991):** Este programa surge de la demanda de los padres de participación activa en el tratamiento de sus hijos. El objetivo es potenciar la relación directa entre la familia y el centro de terapia y proveer a la familia de unas pautas que permitiesen un comportamiento más consciente hacia el niño en el hogar.

---

- **Programa Hanen: "Más que palabras"** ("Deletrea", 2005). Para niños de 1 a 6 años que tienen retraso en el lenguaje. El programa involucra a los padres en la comunicación con los niños ayudándoles a lograr una mejor comprensión de las destrezas de comunicación del niño.

- **Proyecto ARCADE:** Apoyo y respuesta ante conductas altamente desafiantes (Escribano, Gómez, Márquez, Tamarit, 2002): pretende analizar y ayudar a las familias para afrontar de modo eficaz las necesidades de los niños con TGD cuando presentan comportamientos desafiantes, empleando modelos de reacción ante la conducta. Se parte de la necesidad de educar desde pequeños en la comunicación y en la negociación.

## **7. CONSIDERACIONES FINALES**

- Analizar los programas que han ido surgiendo nos ha resultado útil para consolidar la Atención Temprana, así como para plantear nuevos programas de intervención que tiendan al logro de los propósitos formulados para la educación de la infancia temprana.

- Hemos pasado de programas de corte clínico, asistencial y rehabilitador, basado en el desarrollo de destrezas preacadémicas y en el enriquecimiento cognitivo a programas psicoeducativos y ecológicos que incorporan el ambiente y los distintos contextos de desarrollo del niño permitiendo un enfoque más global.

- Gran heterogeneidad de programas en las distintas discapacidades pero se siguen centrando excesivamente en el control de los estímulos sensoriales.

- La actuación de la familia es fundamental en cualquier programa de prevención, como principales agentes educativos.

- La intervención precoz en las áreas de Neonatología, aunque fundamental, no tendría ninguna eficacia sin una continuidad a su labor por otros dispositivos más próximos al núcleo convivencial del niño/a, que realicen un seguimiento más detallado para ofrecer recursos que puedan ayudar a solucionar el problema detectado.

- Las intervenciones realizadas en los primeros años son algo más que las acciones educativas o conductuales específicas, y que en los primeros meses de vida no es tan necesario el simple entrenamiento sensoriomotor, sino que hay que tener muy en cuenta otros aspectos de gran importancia, como el ajuste familiar, el apoyo

social a la familia, el bienestar personal y familiar, el estrés de los padres, los patrones de interacción, el diseño del ambiente físico del hogar, los aspectos relacionados con la salud del niño..

- Los especialistas en Intervención temprana, procedentes de prácticamente todas las disciplinas, se han mostrado muy creativos en la elaboración de técnicas de enseñanza, currículum, materiales especializados, procedimientos de asesoramiento que puedan ayudar a fomentar el desarrollo de los niños y a fortalecer sus relaciones con la familia.

- La capacidad de ejecución de programas eficaces de intervención es un reflejo del estado en que se encuentran los conocimientos sobre los procesos de desarrollo y sobre el modo en que influyen en éstos los sucesos de la vida del niño y de sus familias. Es un reflejo asimismo de la capacidad para desarrollar programas asistenciales amplios que se basen en dichos conocimientos, pero que den respuesta a las necesidades especiales de los niños y sus familias.

- Si como se ha venido demostrando (Guralnick y Bennett, 1989, Arizcun, 1994) los programas de intervención en edades tempranas suponen una base preventiva considerable para el desarrollo adecuado del sujeto protagonista, resulta, como poco, curioso, que no se dediquen más medios (económicos, sociales, de investigación....) a tales efectos.

- Realmente, la intervención temprana es en la actualidad educativa, pero para llegar a intervenciones preventivas en la primera infancia queda mucho camino por recorrer y dudas que resolver. Las iniciativas en la práctica educativa y la reflexión de esa práctica pueden llevar a mejorarla. Son necesarios estudios sobre los programas para llevar a plantear modificaciones que haga avanzar en este campo.

- Consideramos necesario fomentar programas que permitan la formación de los padres como herramienta de prevención en Atención Temprana. La función de la Atención Temprana no es tan solo mejorar el desarrollo, como en prevenir.

MARCO EMPÍRICO

## BLOQUE V: PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN



## 1. INTRODUCCIÓN

El mundo científico y académico ha hecho un gran esfuerzo por esclarecer las bases del conocimiento y del método científico, cuyo límite con el pensamiento vulgar a veces no parece tan claro. Autores como Popper (1977) expresaron esta dificultad afirmando que *"el conocimiento científico sea el desarrollo del sentido común"* (1977:19).

No obstante, el conocimiento científico queda caracterizado por el método que utiliza y, por ello, puede definirse como *"todo conocimiento adquirido a través del método científico"* (Arnal, Latorre y Rincón, 1994:4)

Las características del conocimiento científico han sido ampliamente estudiadas por autores como Bayés (1974), Arnau (1978), Mcguigan (1983) Y Kerlinger (1985), quienes lo caracterizan como:

- a. **Objetivo:** cuando se corresponde con la realidad del objeto y describe o explica tal cual es, y no como nosotros deseamos que fuera.
- b. **Fáctico:** la fuente de información y de respuesta a los problemas es la experimental.
- c. **Racional:** utiliza la razón como vía esencial para llegar a sus resultados.
- d. **Contrastable:** permite una mayor fiabilidad del conocimiento (Bunge, 1981; Popper, 1988) al ser comprobado por distintas personas y en circunstancias variadas.
- e. **Sistemático:** es un conocimiento ordenado, consistente y coherente, Bochenski manifiesta que "no todo el que posee conocimiento de algún dominio del saber posee ciencia de él, sino solamente aquel que ha penetrado sistemáticamente y que, además de los detalles, conoce las conexiones de los contenidos" (1981:30). Asimismo, Kerlinger (1985) resalta que el científico busca consciente y sistemáticamente relaciones.
- f. **Metódico:** es fruto de una metodología rigurosa.
- g. **Comunicable:** lenguaje apropiado y preciso.
- h. **Analítico:** consiste en seccionar la realidad para poder abordarla con mayores garantías (López Cano, 1978)

En conjunto las características descritas diferencian el conocimiento científico de otros tipos de conocimiento. Sin embargo, algunas características tienden a predominar más en determinadas disciplinas.

---

Para llevar a cabo la parte práctica de nuestro trabajo, consideramos necesario establecer un **marco de trabajo**, que de coherencia a todo el proceso de investigación, por eso lo hemos dividido en cuatro partes propiamente dichas (basado en McMillan y Shumacher 2005):

1. **Descripción del Estudio:** En este apartado nos centraremos en explicar el origen y las investigaciones previas que han precedido a nuestro trabajo, así como la delimitación del problema de estudio, las hipótesis de trabajo que nos planteamos, los objetivos propuestos y la delimitación de las variables.
2. **Metodología de Trabajo:** dentro de esta apartado expondremos la naturaleza de nuestra investigación, el plan de muestreo con las características de procedencia de la muestra, del centro y de los sujetos, así como las características metodológicas del modelo de seguimiento y el análisis de datos utilizado.
3. **Resultados y Conclusiones:** A partir de los datos obtenidos en el análisis de los datos, expondremos en función de cada una de las hipótesis cuales han sido los resultados. Y finalmente expondremos las conclusiones de nuestras hipótesis.
4. **Consideraciones finales:** en este apartado expondremos un resumen y análisis del proceso de la investigación, las limitaciones que hemos tenido en el estudio, las conclusiones finales de nuestro trabajo y las propuestas derivadas de todo el proceso.

## 2. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Desde distintos campos de conocimiento, se viene insistiendo en la importancia de la prevención como el conjunto de actuaciones más adecuado para reducir la incidencia de un amplio número de problemas, trastornos y enfermedades.

**En nuestros días, la tendencia de actuación en el ámbito de la Atención Temprana, esta centrada en la familia, en los procesos de interacción padres-hijo y en el apoyo social** (Marfo y Cook, 1991, Agencia Europea, 2005). Desde esta nueva concepción de la Atención Temprana tenemos que trabajar. Entendemos que es fundamental la familia, en el proceso de atención al niño, por ello **consideramos que la formación de padres, es una práctica principalmente preventiva.**

Aunque la necesidad de **la implicación de la familia en los programas de Atención Temprana ha sido reconocida** (Simeonsson y Bailey, 1990), desde el inicio de la actividad, **como un componente importante para el éxito de**

**dichos programas, la implementación de esta idea no es, ni mucho menos, sistemática.** De hecho, muy recientemente se han aportado datos que señalan, más bien, lo contrario: la participación, en general, de las familias en las diferentes fases de la actuación en AT es escasa, tiene aún mucho más peso, en nuestro entorno, las propuestas de intervención centradas prioritaria, cuando no exclusivamente en el niño (Giné, García-Dié, Gracia y Vilaseca, 2002).

En este sentido, si bien se ha avanzado en el desarrollo del interés por trabajar juntos, creemos que la realidad muestra que estas acciones son puntuales y, en ocasiones, fruto de la voluntariedad o iniciativa de los que las posibilitan.

Dennos, 1963; Bolwby, 1973; Bel, 1974; Lewis y Roseblum, 1974; Brazelton, 1989, han basado sus estudios en la idea que, si se conseguía mejorar la interacción padres-hijos durante los dos primeros años de vida, se optimizaría también el desarrollo de éstos.

Desde la Teoría del apego (Bolwby, 1951), sabemos cómo la interacción padres-hijos genera consecuencias en el ámbito del desarrollo físico, emocional, cognitivo, verbal y social del niño). La teoría del apego ha puesto de manifiesto que esas primeras relaciones padres-hijos no son algo accidental al desarrollo del niño, sino que, contrariamente, son autoconstitutivas de la personalidad. En cierta forma, dirige y condiciona su posterior desarrollo emocional (Avellanosa, 2008).

Así, por ejemplo, el modo en que la madre responde a la sonrisa del niño – un mero gesto expresivo de su afectividad, dirige y condiciona su posterior desarrollo emocional.

Son abundantes los trabajos que han venido demostrando la **importancia de proporcionar a las familias las ayudas y estrategias adecuadas para facilitar y potenciar el desarrollo del niño y asegurar la calidad de vida de toda la familia** (Cunningham y Davis, 1988; Ferrel, 1990; Ríos González, 1993; Vila, 1998; Mendizábal, 1998; García Díaz, 1999; Gómez González, 1999; Gil y Rubio, 2000; Sarto, 2000; Sánchez Carrión y Linares, 2001; García, Guillén Rodríguez y Lorenzo, 2002; Torrens, 2002; Féminas y Sánchez, 2003 Lacasta, 2003).

Destacamos el estudio de Hunt (1972), que se basa en la evidencia de que el ambiente de la familia influye en el desarrollo de la inteligencia de los hijos. La contribución formativa es un factor que constata la mejora de ese ambiente.

---

Por nuestra parte, una vez revisadas las fuentes documentales, investigaciones, trabajos así como las publicaciones sobre formación de padres, encontramos diversos grupos de investigación en España, que trabajan en el desarrollo y evaluación de materiales, recursos y programas de formación de padres para atender a las necesidades de diversos tipos de padres y familias en variedad de contextos (Maganto, Bartau y Etxeberría, en prensa), Máiquez, Capote y Rodrigo, 1999; Triana y Simón, 2000; Martín y otros, 2000 ; Musitu y García, 2001; Palacios, Lera y Moreno,1994.

En la literatura sobre este tema, hemos encontrado programas para fomentar y mejorar la relación entre la familia y la escuela: Martínez, 2000; Maganto, Bartau y De la Caba, 1998; Bartau, Maganto, Etxeberría y Martínez, 1999; Maganto, Bartau, Etxeberría y Martínez, 2000; Maganto y Bartau, 2003.

En la actualidad, se recogen **diversas razones de la necesidad de formación de padres que justifican los programas en este campo:**

1. El deseo de los padres de desempeñar adecuadamente este papel especial, en épocas de rápidos cambios en las que tienen que enfrentarse a circunstancias cambiantes requiere revisar sus funciones parentales básicas y asumir nuevos roles (Brock, Oertwein y Coufal, 1993; Vila, 1997).
2. Los nuevos modelos de familia, los procesos de nuclearización familiar, la diferenciación y especialización de roles, la distancia geográfica de las generaciones familiares, y el incremento del trabajo fuera del hogar (Harmin y Brim, 1980:14).
3. El incremento de la incidencia del divorcio y las familias reconstituídas, el abuso y negligencia infantil, los problemas emocionales y la alta incidencia del embarazo en la adolescencia (Hicks y Williams,1981; Tavoillot, 1982).
4. La creencia de los padres de que, el ser padre en la actualidad, es más duro que en pasado. La preocupación por el consumo de drogas por parte de niños y adolescentes, los índices de suicidio en la adolescencia (Fine y Henry, 1991).
5. La entrada en la paternidad/maternidad conlleva amplias transformaciones en la vida de las personas, dado que constituye un continuo y complejo proceso de adaptación al rol paterno (Cataldo, 1991), especialmente en las sucesivas fases de la paternidad que reflejan las nuevas responsabilidades que habrá que afrontar (Galinsky, 1981; Wapner, 1993; Pourtois, 1984).

6. La educación de los niños y la educación de los padres son los instrumentos más asequibles y eficaces para incrementar la capacidad de las naciones para cubrir las necesidades/ lograr las aspiraciones de desarrollo humano (Hobbs, Doecky, Hoover-Dempsey, Moroney, Shayne y Weeks, 1984) .

Una revisión de la evolución y el desarrollo histórico de la formación de padres (Tavoillot, 1982), permite afirmar que las relaciones entre paternidad/maternidad y la educación de los hijos, no es algo que dependa exclusivamente de los padres y de las madres sino que, fundamentalmente por la influencia de la perspectiva ecosistémica, forman parte de un sistema de relaciones internas y externas con su entorno.

La revisión de la bibliografía, nos permitió evidenciar los estudios sobre la familia de los niños con déficits (Blacher, Nihira y Meyers, 1987; Dysson, Edgar, Crnic, 1989, Freixa, 1993; Orjales y Polaina-Lorente, 1993; De Linares, 1997).

En diferentes trabajos, que se han realizado sobre programas de Intervención Temprana, ha resultado muy significativa la variable familiar: Guralnick y Forrest, 1989; Valle, 1991; Saenz-Rico, 1995; D'Angelo ,1996; Guralnick, 2005). El origen de los primeros programas tuvo un marcado carácter preventivo y de intervención para poblaciones consideradas de riesgo (Rivas, 2004).

En la revisión bibliográfica sobre el tema de la formación familiar en los documentos marco de la AT, señalamos las aportaciones más valiosas de cara al desarrollo del estudio.

El **Libro Blanco** (GAT, 2000) es el documento que ha contribuido en el diseño de planes específicos de Atención Temprana y ha servido de referencia para la realización de instrumentos técnicos y planes de formación y especialización.

En los distintos capítulos se defiende la necesidad de realizar intervenciones no solo en la población infantil, sino en la familia y el entorno atendiendo las necesidades y las demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.

Para el GAT (2000) *"Los programas de apoyo universal a la crianza entendida como la información, la formación y el acompañamiento experto que se debe ofrecer a la familia para que ejerza sus funciones relativas al desarrollo personal de cada niño"* (GAT, 2000:20).

---

Si bien las características de estos programas de apoyo familiar no quedan clarificados, señala **la atención a la familia como una atención prioritaria**, ya que es uno de los factores que más va a condicionar el desarrollo y evolución del niño. Así mismo, indica la posibilidad de realizar la atención a la familia de forma *individual* o en *grupo* en función de la realidad y necesidades del momento.

El **Manual de Buenas Prácticas en Atención Temprana** (FEAPS, 2001) ofrece una serie de criterios para la buena práctica en AT, en relación con la familia, señala el facilitar la implicación de la familia en todo el proceso de intervención, promover la cooperación con los padres, alentar la participación activa y apoyar su bienestar.

En relación con *Orientaciones para el servicio*: sobre la organización, gestión y programación del Centro de AT, las acciones que han de realizarse en la actuación de un servicio de AT si se señalan actividades con familias e intervención y apoyo al sistema familiar. Así mismo, se indica que los Centros de Atención Temprana han de mantener un diseño flexible para ofertar soluciones a las distintas necesidades de las familias.

La realidad es que la realización de actividades de apoyo a las familias no tienen establecidos planes de actuación, en muchas ocasiones no están programadas anualmente y no hay una incorporación activa de la familia en el proceso de intervención. El problema radica en que estas actividades se realizan, en muchas ocasiones, a costa de la voluntariedad de muchos profesionales.

De todo lo anterior podemos señalar que el Manual de Buenas Prácticas en AT señala la realización de actividades de apoyo a las familias para todo servicio de calidad, pero sin señalar que tipo de actividades. Tampoco hay referencias concretas acerca de los profesionales del equipo que realicen esas actividades.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según Arnal, Latorre y Rincón (1996) "*el planteamiento del problema supone el inicio del quehacer científico. Éste surge cuando tenemos que dar respuesta a una pregunta o dificultad que consideramos problemática*" (1996:55)

Actualmente, en **Atención Temprana**, empezamos a impregnarnos de la **cultura de la calidad**, lo que nos lleva a la necesidad de plantearnos que cambios debemos planificar en nuestros servicios, para conseguir mejorar esa calidad

(Senge, 2000; FEAPS, 2001; Martínez y Martínez, 2001).Y uno de los cambios, es el de entender mejor y planificar adecuadamente las intervenciones que realizamos no sólo sobre los niños, sino también con sus familias.

Si bien, existe acuerdo unánime en la literatura sobre Atención Temprana, respecto a la necesidad de intervenir no sólo en el niño sino con la familia, en el funcionamiento de los centros, solo quedan recogidas, las propuestas de intervención centradas exclusivamente en el niño.

**En los Informes Memoria sobre Centros de Atención Temprana, contratados y subvencionados por el Instituto Madrileño del Menor y la Familia,** Organismo Autónomo de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, **no se verifican datos sobre la intervención familiar, sólo se recoge un dato referente a la familias,** que es el nivel de estudios de los padres.

Partiendo de esta premisa abordaremos el planteamiento del problema mediante la identificación de sus características y la valoración de su consistencia

### **3. 1. Identificación**

Tomaremos como referente la definición de Atención Temprana que se recoge en el Libro Blanco: *"... conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tiene riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar y transdisciplinar"* (GAT, 2000:13).

En este sentido, hemos ido fundamentando en los capítulos anteriores, como los padres han pasado de tener un papel pasivo dentro de este ámbito de actividades, a ser contemplados como meros mediadores, para finalmente, en la actualidad considerarse objetivo clave de esas intervenciones. Autores como Kalmanson y Seligman (1992) y Kalmanson (1986), afirman que la participación de los padres, es el mejor predictor del éxito de la intervención.

Por otro lado, los padres son los protagonistas junto con sus hijos, en el desarrollo de éstos, y potencialmente, son los mejores estimuladores (Valle, 1991).

---

La intensidad y especificidad de los programas de intervención temprana necesitan ser adaptados a las características y funcionamiento de la familia tendiendo en cuenta la discapacidad o probabilidad de riesgo del niño (Guralnick, 1998).

Consideramos que, **el nacimiento de un hijo con discapacidad**, lleva siempre implícito un conjunto de modificaciones en el interior de la familia, lo cual **va a exigir mayor necesidad de apoyo a la familia**, ya que se presentan unas necesidades especiales en el seno de esa familia.

También partiendo del Libro Blanco (GAT, 2000), se señala que uno de los principios que han de regir la Atención Temprana es el apoyo y asesoramiento a las familias. Los servicios de Atención Temprana, tienen la función básica, de atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia.

A partir de aquí se pueden plantear las siguientes cuestiones:

- Los diferentes servicios que atienden a la infancia en Atención Temprana ¿realizan formación familiar?
- ¿La intervención familiar esta organizada y planificada?
- ¿Tienen los profesionales que trabajan en el ámbito de Atención Temprana una formación específica en Intervención Familiar?

### **3. 2. Problema General de Estudio**

Valorar un problema de investigación consiste según Arnal, Latorre y Rincón (1996) en *"considerar si reúne una serie de condiciones que es estiman en sí mismas necesarias"* (1996: 56)

Para los problemas que requieren un planteamiento al contexto de comprobación, como es nuestro caso, autores como Bartolomé (1988), señalan que el problema debe ser:

- **Real:** en los principales documentos marco de AT, en la normativa, en la propia evolución de la disciplina, hemos constatado la formación de la familia como una necesidad sentida, una meta a lograr para aumentar la calidad en la AT, prestada desde los distintos ámbitos de intervención. El problema de nuestro trabajo parte de la realidad, puesto que busca indagar en una realidad concreta, como es la atención que reciben las familias en AT en la Comunidad de Madrid.



- **Factible:** ya que está al alcance del investigador, nos hemos dirigido a los distintos ámbitos de Atención Temprana de la Comunidad de Madrid. La opinión de los profesionales que trabajan desde distintos centros y servicios de AT puede ser puesta de manifiesto en el cuestionario y servir de punto de partida para conocer la práctica real de la formación familiar en AT y plantear sus mejoras.
- **Relevante:** consideramos que el conocimiento sobre el estado de la formación familiar puede ayudar, a las administraciones así como a los diferentes profesionales que intervienen en los distintos centros, a tomar medidas de cara establecer mecanismos de mejora. Su importancia e interés estriba, además porque constituye una variable que puede influir en la eficacia de la intervención con los niños.
- **Resoluble:** posibilidad de resolución de nuestro problema con la metodología que planteamos a continuación, podemos describir con claridad, la realidad actual objeto de estudio y plantear propuestas de mejora acordes a las necesidades detectadas.
- **Generador de conocimiento:** conocer el estado de la formación familiar, los recursos, las necesidades de los profesionales, indudablemente va a permitir dar respuestas que orienten la toma de decisiones formativas para la familia, o en su caso, para los profesionales encargados de atender a las familias. También, va a permitir, determinar en qué forma se están cumpliendo los objetivos propuestos por los diferentes Planes de Acción de la Comunidad y la mejora de los recursos de atención a la infancia, así como aportar nuevos datos sobre un tema, sobre el que en la actualidad existen escasos estudios.
- **Generador de nuevos problemas.** Sin duda la respuesta a nuestros interrogantes, contribuirá al planteamiento de temas de debate, propuestas de mejora y la necesidad de formular nuevas investigaciones ante nuevos interrogantes.

### **3. 3. Formulación definitiva del problema de investigación**

De acuerdo con el planteamiento inicial de la investigación, con la fundamentación teórica de la Atención Temprana y con la revisión sobre los programas de

---

formación familiar en el campo de Atención Temprana, el **problema de investigación** al que se trata de dar respuesta es el siguiente:

**El trabajo con familias que se realiza en Atención Temprana en la C.A.M ¿Está planificado, organizado y existen recursos para su realización?**

## **4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

**OBJETIVO GENERAL:** Analizar el estado del trabajo con familias que realizan los profesionales implicados en los ámbitos de actuación en Atención Temprana (servicios sociales, sanitarios y educativos) en la Comunidad de Madrid.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Analizar la organización y planificación de la intervención familiar que se realiza en AT
- Conocer las acciones formativas específicas que permiten a las familias participar en AT.
- Analizar los recursos materiales disponibles para el trabajo con familias en los diferentes ámbitos de AT.
- Conocer la formación que tienen los profesionales de AT en intervención familiar y la demanda de formación en esta materia expresada por los profesionales.
- Conocer las necesidades y sensibilización de los profesionales respecto a la formación familiar.
- Comprobar si existen diferencias significativas en el ámbito social con el modelo de Cataluña.

## **4.1. Variables de Estudio**

Las variables son características o propiedades del objeto de nuestro estudio que queremos analizar (Bisquerra, 2000).

En nuestra investigación queremos valorar la presencia o ausencia de **variables categoriales o cualitativas**. La formación, apoyo y asesoramiento de las familias en AT es una característica que se expresa en categorías; su naturaleza no es cuantificable y puede admitir o expresar más de una categoría, por lo que se considera también **politómica** (Pérez Juste, 1981; Kerlinger, 1985; Arnal, 1992).

A continuación se detallan las cinco grandes variables o perfiles del estudio:

- 1. Variables de identificación:** relativos a la edad del profesional, así como el nº de años de ejercicio en el centro, perfil profesional, centro de trabajo, zona a la que pertenece el centro en la CM, nº de familias atendidas en el centro y origen de las familias atendidas.
- 2. Variables organizativas:** tratan de dar a conocer como organizan, planifican y ejecutan la intervención familiar: profesionales que atienden a las familias, protocolos para los procesos de intervención familiar, procedimientos para detectar las necesidades de las familias, modalidades de formación familiar, periodicidad de la formación, tiempo que llevan realizando la formación, espacios y tiempos en el centro para atender a las familias. perfil demandantes de formación, frecuencia de participación de las familias, valoración de la intervención familiar, cambios/ mejoras en el proceso de intervención con la familia, consideración de la formación familiar como elemento de prevención, influencia de la participación familiar, implicación
- 3. Variables de la formación de los profesionales:** formación específica en intervención familiar, interés por formarse para el trabajo con las familias, planificación de la formación profesional continúa.
- 4. Variables de actuación en centros de otra Comunidad Autónoma** tratan de dar a conocer como organizan, planifican y ejecutan la intervención familiar en otros centros.

---

## 4. 2. Hipótesis

No es posible avanzar en una investigación si no se plantea una explicación posible previa al problema planteado. Son estas proposiciones que tratan de explicar dicho problema las que reciben el nombre de hipótesis (Bisquerra, 2000).

Formulamos las hipótesis para poder realizar una generalización a partir de ciertas relaciones observadas, donde hemos creído ver unas tendencias o probables relaciones (Arnal y cols, 1992:64).

Para tratar de dar respuesta a nuestras preguntas, objeto de estudio, hemos planteado **hipótesis inductivas**, que tienen su origen en reflexiones sobre la realidad. Algunas de nuestras hipótesis son estadísticas, puesto que establecen una relación entre parámetros que deben ser comprobados empíricamente (Del Rio Sardonil, 2003:183).

Operativizar variables es la actividad que realiza el investigador para pasar del campo teórico al de la realidad observable, basándonos en características observables de lo que estamos definiendo (Arnal, J., 1992:69)

De forma que **nuestras hipótesis de trabajo, van a ser el medio para dar respuesta a los problemas** que hemos planteado anteriormente, y nos ha llevado a enunciar unas hipótesis generales, con unas subhipótesis que generan, en las que se encuentra basado el presente trabajo, que pasamos a enumerar a continuación.

**Hp. 1: Existe una necesidad manifiesta de realizar formación con las familias por parte de los profesionales que trabajan en AT en los ámbitos educativo y social como acción preventiva.**

***Necesidad manifiesta de formación familiar:*** percepción subjetiva que el profesional expresa sobre la necesidad de realizar formación con las familias...

*Establecemos dos niveles:*

- *Nivel I: Consideran necesaria la formación familiar*
- *Nivel II: Existe una percepción positiva de la influencia de la atención familiar sobre la mejora del niño.*

*Esta dimensión se encuentra reflejada en los ítems de nuestro cuestionario p16, p20.*

**Hp.2: Existe una organización variable de los profesionales que atienden a las familias en función del ámbito de AT.**

*En la organización y planificación que llevan a cabo en AT, queremos apreciar desigualdades con los profesionales que atienden a las familias y profesionales que dominan en cada ámbito.*

**Hp.3: Existen actividades formativas para las familias en los distintos ámbitos de atención.**

**Formación familiar:** *nos referimos a todas las actividades que se realizan en el centro de AT para las familias.*

**Subhipótesis nula 3.1:** No existen diferencias significativas entre ámbito de AT y periodicidad de las acciones formativas para las familias.

**Periodicidad de la formación familiar:** *intervalos de tiempos regulares*

**Subhipótesis nula 3.2:** No existen diferencias significativas entre ámbito de AT y el tiempo que llevan realizando las actividades de apoyo y formación para las familias.

**Subhipótesis nula 3.3:** No existen diferencias significativas entre las actividades de apoyo y formación para las familias y el nº de familias atendidas en el centro.

**Subhipótesis 3.4:** Se apoya económicamente desde las instituciones la formación de las familias en AT

**Hp.4: Existen protocolos para los procesos de intervención familiar en los distintos ámbitos de atención.**

**Subhipótesis nula 4.1.** No existen diferencias significativas en el empleo de protocolos para la intervención familiar en relación con el nº de familias atendidas en el centro.

**Subhipótesis 4.2:** Existen **protocolos de apoyo/asesoramiento** a familias en los distintos ámbitos de AT.

**Subhipótesis nula 4.2.1:** No existen diferencias significativas en el empleo de protocolos de apoyo/asesoramiento a las familias en función de los ámbitos profesionales de AT.

**Subhipótesis 4.3:** Existen **protocolos para la formación** a las familias en los distintos ámbitos de AT.

**Subhipótesis nula 4.3.1:** No existen diferencias significativas en el empleo de protocolos de formación a las familias en función de los ámbitos profesionales de AT

---

**Protocolos:** documentos escritos, procedimientos formalizados y explícitos, que registran información de interés para el trabajo en AT, en los distintos momentos de intervención con la familia. Estos protocolos son indicadores del **grado de formalización de la intervención familiar**. Esta dimensión se encuentra reflejada en la P.5 de nuestro cuestionario

**Hp.5: En la organización de las actividades que realizan para las familias los profesionales cuentan con espacios y tiempos en los ámbitos educativo y social.**

**Subhipótesis 5.1:** Existe un tiempo establecido para poder atender a las familias dentro del horario laboral de los profesionales de AT.

**Tiempo establecido para atender a las familias:** aquél tiempo pautado, que se puede plasmar dentro del horario laboral reflejando el reconocimiento de la atención familiar como una función laboral más en AT.

Esta variable se encuentra reflejada en P.8 de nuestro cuestionario.

**Subhipótesis 5.2:** Existe un espacio físico establecido para las actividades que se realizan con las familias en AT.

**Hp. 6: Los profesionales de AT tienen formación específica en intervención familiar.**

**Formación específica en Intervención familiar:** aquélla formación, que, bien dentro de la formación inicial, continua o de postgrado, cualifique al profesional en temas específicos del trabajo con familias en AT, independientemente de la formación de base, de la disciplina de la que se parta y de la experiencia laboral. Esta variable se incorpora en p.10 del cuestionario

**Subhipótesis nula 6.1:** No existen diferencias en los distintos ámbitos de AT respecto a la formación específica en intervención familiar de los profesionales.

**Subhipótesis nula 6.2:** No existe relación entre la formación en intervención familiar que tienen los profesionales y la temporalización de las actividades que se realizan para las familias.

**Hp. 7: Los profesionales de los distintos ámbitos de AT disponen de procedimientos para detectar las necesidades de las familias.**

*Procedimientos: cuestionarios, buzón de sugerencias.*

**Hp. 8: Existen diferencias en la opinión de los profesionales de AT respecto a los beneficios que encuentran en las actuaciones que realizan con las familias.**

**Hp.9: Existe una percepción por parte de los profesionales de variables que pueden favorecer las actividades formación de las familias en AT.**

**Hp. 10: Existe un perfil profesional distinto en los equipos de los centros de Atención Temprana en la CAM y Cataluña.**

**Hp.11: El número de familias atendidas en los CDIAP de Cataluña es mayor que en los centros de la CAM.**

**Hp.12: Existe un sistema de protocolización de los procesos de intervención familiar mayor en los CDIAP de Cataluña.**

**Hp.13: Existen diferencias en las actividades formativas que ofertan para familias los CDIAP y centros de atención temprana de la CAM.**

**Subhipótesis 13.1:** Existen diferencias significativas entre los CDIAP y los centros de AT de la CAM y el tiempo que se llevan realizando las actividades para las familias.

**Hp. 14: Existe una mayor formación en intervención familiar y planificación de la formación continua de los profesionales de los CDIAP de Cataluña.**

**Hp.15: Existe una mayor participación de las familias en las actividades formativas realizadas en los CDIAP de Cataluña.**

## **5. METODOLOGÍA**

A partir de la fundamentación teórica realizada, nos planteamos llevar a cabo una investigación, que permita dar respuesta al problema planteado, a través de la aceptación o rechazo de hipótesis en función del grado de certeza o falsedad que encontremos en los datos obtenidos en nuestro estudio (Pérez Juste, 1981)

Entendemos por Metodología de Investigación, siguiendo a Arnal, J., Latorre, A y Rincón, D. (1996) *el plan o esquema de trabajo del investigador que recoge los procedimientos que se seguirán para contrastar las hipótesis .Incluye consideraciones respecto al método apropiado y el tipo de diseño, así como la selección de los sujetos* ( Arnal, J., Latorre, A y Rincón, D., 1998: 53).

El siguiente cuadro define los pasos del proceso metodológico seguido:

**Tabla 38: Procedimiento de Estudio y Pasos de la Investigación**

<b>Planteamiento de la investigación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Planteamiento del problema de investigación</li><li>▪ Hipótesis</li><li>▪ Objetivo de la investigación</li></ul>
<b>Metodología de la investigación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Método no experimental</li></ul>
<b>Tipo de investigación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Investigación descriptiva</li></ul>
<b>Recogida de la información</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Muestreo no probabilístico (opinático)</li><li>▪ Técnica: encuesta</li><li>▪ Instrumento: cuestionario</li></ul>
<b>Análisis de la información</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Matriz de datos</li><li>▪ Análisis descriptivo</li><li>▪ Chi Cuadrado</li><li>▪ Test Exacto de Fisher</li></ul>

## 5.1. Naturaleza de la investigación

En relación a los métodos utilizados en esta investigación, se ha optado por la **Metodología no Experimental**, definida por Arnal, Del Rincón y Latorre (1992) como:

*"aquella metodología en la que el investigador busca un contexto o situación donde obtener los datos necesarios porque el fenómeno ya se ha producido, acudirá a la situación recogerá los datos, y los analizará, pero no modificará ni provocará dicha situación, se limita a describir una situación que ya viene dada". (Arnal, Del Rincón y Latorre ,1992:167)*

El tipo de investigación es **descriptivo**, ya que consideramos que es el más adecuado para obtener respuesta a nuestros problemas de estudio, puesto que nos centramos en propiedades observables susceptibles de evaluación. Se emplea para caracterizar individuos o grupos evaluando la naturaleza de las condiciones existentes (McMillan y Schumacher, 2005:42).

## 5.2. Muestra

*"el propósito de la investigación empírica es desarrollar generalizaciones útiles"* (Kerlinger, 1975: 391), no obstante, debido a las limitaciones de tipo práctico que presentan los recursos de investigación, hemos recurrido para verificar el Estado de



la Atención Temprana, al estudio de muestras extraídas de poblaciones a las que queremos conocer su situación. Para ello distinguiremos entre el tipo de muestreo elegido y por qué, así como especificar el universo, la población y la muestra que hemos seleccionado.

- **Universo.**

El Universo “*designa a todos los posibles sujetos o medidas de cierto tipo*” (Arnal, Latorre y Rincón, 1998:78). En el caso de nuestra investigación, nuestro universo está formado por todos los servicios institucionales comunitarios donde se atiende a niños con TD o riesgo entre 0 y 6 años de edad, del ámbito educativo, sanitario y social implicados en Atención Temprana en la Comunidad de Madrid, tanto públicos como privados.

A partir de un universo de servicios de AT de la CAM, seleccionamos una muestra, extraída a su vez de una población a la que se quiere generalizar los resultados o conclusiones obtenidas teniendo en cuenta la premisa de representatividad de dicha muestra (Pérez Álvarez, 1991:42).

- **Población**

La población refiere al “*conjunto de todos los casos, objetos o eventos en los que desea estudiar el fenómeno*” (Forner y Latorre, 1996:34). La población a la que nos referimos en nuestra investigación son:

- Servicios del Ámbito Educativo: Escuelas Infantiles, Casas de Niños, Equipos de Atención Temprana, profesionales del ámbito de la Psicopedagogía, Pedagogos, Psicólogos, Maestros, Profesores de apoyo o especialistas en Pedagogía Terapéutica y Logopedas.
- Servicios del Ámbito Social: Centros de AT comunitarios, Centros Base con participación en la evaluación e intervención en AT y Servicios Sociales que ofrecen tratamiento especializado a los niños de 0 a 6 años con deficiencia o riesgo y a sus familias, dependientes de la Comunidad de Madrid y trabajadores sociales de otros centros implicados en la AT.
- Servicios del Ámbito Sanitario: hospitales comunitarios con unidades o servicios que atienden de forma especializada al niño o participan en la detección o prevención de deficiencias en el desarrollo, en concreto, Neonatología, Neuropediatría y Pediatría.

---

En los tres ámbitos se incluyen centros públicos y privados y todos los municipios de la C. A. M.

La población en el *ámbito educativo* es muy amplia: hemos dirigido el cuestionario a todos los EAT y a los 4 Equipos Específicos, para asegurar la representatividad de las zonas a las que representan estos equipos de apoyo y, aleatoriamente, hemos tomado un buen número de Escuelas Infantiles y Casas de Niños, con titularidad pública para asegurar esta representatividad.

En el *ámbito sanitario*, la selección de la muestra se ha realizado a partir de los hospitales más representativos comunitarios, por los servicios que prestan sobre todo de Neonatología o Neuropediatría y Pediatría.

En el *ámbito social* el muestreo se ha realizado con todos los CATs, por ser el tipo de centro que atiende a un mayor nº de niños de AT, si bien hemos tomado muestra de gabinetes privados que llevan a cabo la atención educativa con estos niños para conocer cómo están trabajando con las familias y cómo es el apoyo y asesoramiento con las familias, así como los Centros Base de Servicios Sociales.

Hemos querido comparar los **CATs de la Comunidad de Madrid con otro modelo de AT, los CDIAP de la Comunidad Catalana**, ya que consideramos que es un referente por ser un modelo más avanzado.

Hemos señalado en el marco normativo, como la legislación en Cataluña en Atención Temprana, ha permitido establecer desde hace años, un servicio público consolidado, los CDIAP, como dispositivos especializados de referencia en la atención integral de los niños menores de seis años, así como la progresiva implantación en enfoques preventivos y la necesidad de dar un papel protagonista a la familia.

Actualmente dispone de 85 centros que garantizan la atención pública en la Comunidad.

## • Método de Muestreo

Para la recogida de información hemos seguido una *combinación de muestreo probabilístico y no probabilístico*. En el **muestreo probabilístico** se sigue el criterio de equiprobabilidad que indica que todos los individuos tiene la misma probabilidad de salir elegidos (Arnal, Latorre y Rincón, 1998: 80) y se basa en la selección al azar **muestreo utilizado es el "no probabilístico"**, que según Arnal, Latorre y Rincón (1998) se caracteriza por "no utilizar el criterio de

equiprobabilidad, sino que siguen otros criterios, procurando que la muestra obtenida sea lo más representativa posible (1998:83).

Dentro de este método de Muestreo, hemos seleccionado el **subtipo intencional u opinático**, *"caracterizado por que los individuos que se estiman que son representativos o típicos de la población son elegidos con un criterio establecido por el experto o investigador, de manera que se seleccionan los sujetos que se estiman que pueden facilitar la información necesaria para llevar a cabo la investigación"* (De la Orden, 1985:176).

El muestreo tiene sentido en cuanto garantiza que las características que se quieren observar en la población quedan reflejadas en la muestra *"Preservar la representatividad es el atributo más importante que debe reunir el muestreo, lo que nos permitirá generalizar a la población los resultados obtenidos en la muestra"* (Kerlinger, 1979: 229).

### Descripción de la muestra:

**Muestra invitada:** en total se han realizado **414** envíos de cuestionarios on-line, previo contacto telefónico directo con el profesional responsable de Atención Temprana.

**Muestra participante:** de todos ellos, hemos obtenido la muestra de **275** profesionales de Atención Temprana que forman parte de nuestra investigación (Tabla nº 39)

**Tabla nº 39: Muestra Invitada y Participante.**

MUESTRA INVITADA	414
MUESTRA PARTICIPANTE	275

**Titularidad de los Centros:** La muestra de profesionales proceden tanto de centros de centros públicos (226) como privados (24) como concertados (25). (Tabla nº 40).

**Tabla nº 40: Titularidad de los Centros Encuestados**

C.PRIVADOS	24	8,73%
C.PÚBLICOS	226	82,18%
CONCERTADOS	25	9,09%

---

**Perfiles profesionales:** en el cuestionario que sirvió para la recogida de datos se especificaba de forma concreta la titulación o titulaciones que tenían los encuestados.

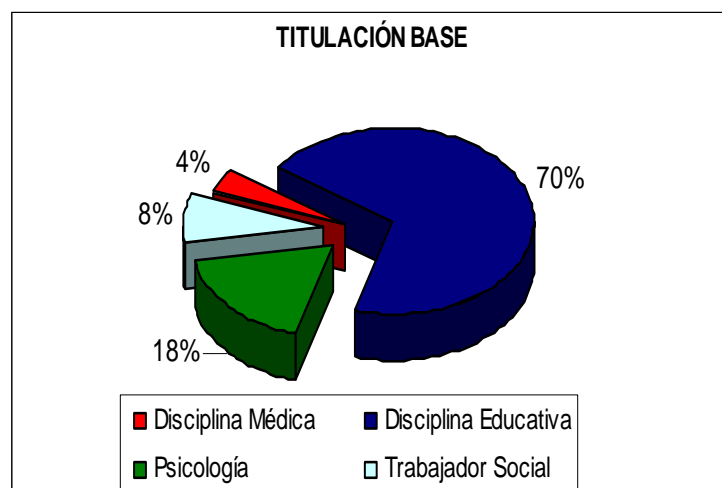
Los perfiles profesionales establecidos en nuestra muestra de estudio se presentan en la siguiente Tabla (Tabla nº 41):

**Tabla nº 41: Perfiles Profesionales de la Muestra de Estudio**

TITULACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDICINA	6	2,18%
PEDAGOGÍA	10	3,64%
LOGOPEDIA	8	2,91%
MAGISTERIO	125	45,45%
PSICOPEDAGOGÍA	10	3,64%
PSICOLOGÍA	49	17,82%
TRABAJO SOCIAL	23	8,36%
FISOTERAPEUTA	6	2,18%
Otros (magisterio +)	38	13,82%

Para evitar la dispersión de datos y facilitar de este modo la formación de grupos más consistentes, que a su vez contribuirían al análisis, se organizaron en torno a las cuatro grandes disciplinas: médica, educativa, psicología y trabajo social. La disciplina médica abarca todas las especialidades relacionadas con la infancia más la fisioterapia, y la educativa está integrada por los diferentes magisterios, pedagogía y psicopedagogía.

De los 275 profesionales que componen la muestra, la *disciplina educativa* alcanza una representación del 70%, le siguen los profesionales de la disciplina *psicología*, en un 18%, y a continuación los *trabajadores sociales*, que forman el 8% de la muestra. El grupo profesional minoritario es la *disciplina médica* 4% (Gráfico nº3 ). El porcentaje de respuestas del ámbito médico ha sido muy bajo, por lo que no es oportuno llevar a cabo análisis agrupados por dicha variable.



**Gráfico nº 3: Muestra por perfiles profesionales**

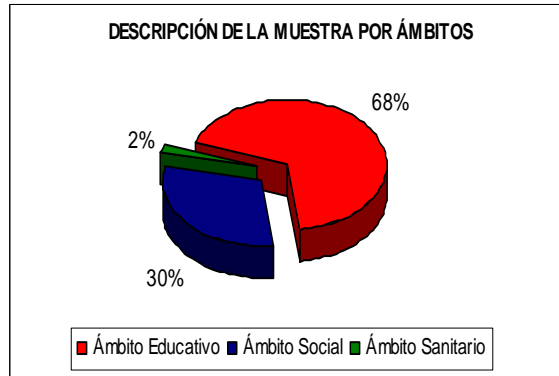
**Tabla nº 42: Años de experiencia en AT**

ANTIGÜEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< =10	111	40,36
11-20	94	34,18
21-30	66	24
>30	4	1,45

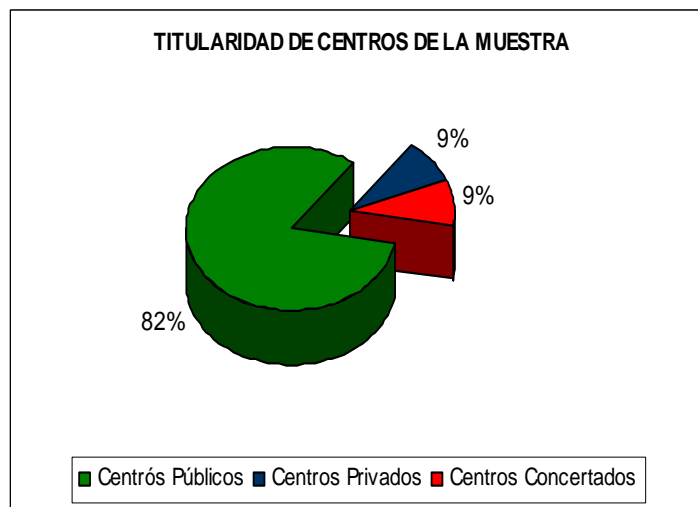
El 40,36 %informa llevar trabajando menos de 10 años. El 34,18% informa llevar trabajando de 11 a 20 años y 24% de veintiuno a treinta años. Por último, el grupo formado por los que afirman llevar trabajando más de treinta años en el campo profesional de la primera infancia alcanza el 1,45 %. La mayoría de la muestra se sitúa en menos de 10 años de trabajo.

**Descripción de la muestra participante por ámbitos de AT:** Los profesionales de la muestra de nuestro estudio pertenecen a los tres ámbitos de AT: sanitario (6) educativo (186) y social (83). El ámbito educativo, así como los CATs quedan ampliamente representados por su modelo de atención que ha permitido que tuvieran una trayectoria común en el desarrollo de la Atención Temprana.

Los siguientes gráficos muestran la distribución de la muestra por titularidad y por ámbitos (Gráficos nº 4 y 5).



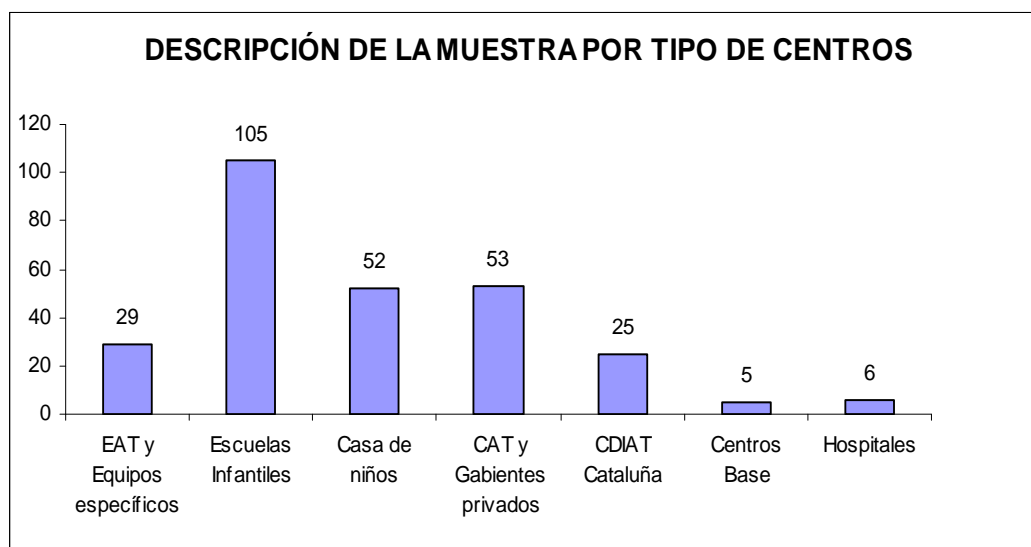
**Gráfico nº 4: Descripción de la muestra por ámbitos**



**Gráfico nº 5: Titularidad de centros de la muestra**

**Tipos de Centros Representados:** En la muestra que conforma nuestro estudio se encuentran representados el *ámbito educativo*, formado por los EAT y Equipos específicos (29), Casa de niños (52), y Escuelas Infantiles (105), casi el 68% de la muestra desarrolla su labor profesional en el ámbito educativo, el 30% en el *ámbito social*, formado por los Centros Base (5), Centros de Atención Temprana y también otros centros privados con competencia en estos casos que hemos llamado gabinetes (53) y CDIAT (25).

El grupo minoritario es en el *ámbito sanitario*, formado por hospitales (6) (con un porcentaje del 2%), nos impide llevar a cabo, como era una de nuestras pretensiones, comparaciones entre ellas. Entendemos que es un ámbito donde no se realiza intervención con las familias.

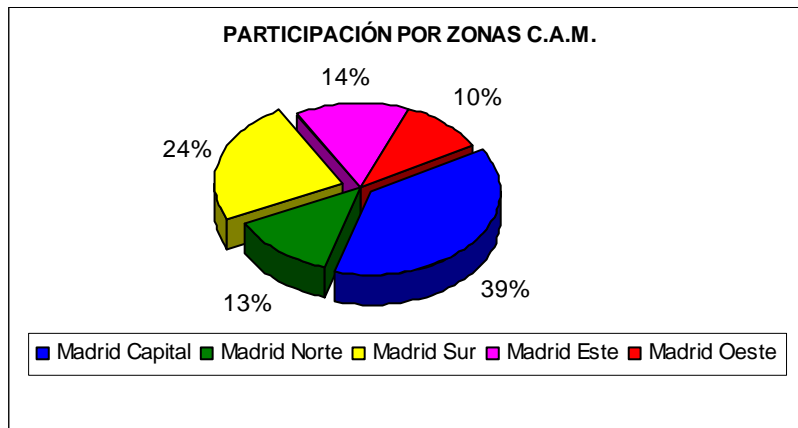


**Gráfico nº 6: Tipos de Centros de AT de la muestra**

**Distribución de la muestra participante por zonas de la C.A.M:** Para la clasificación por zonas de los participantes de la muestra, hemos seguido el criterio de zonificación de los EAT, que establece 5 áreas de actuación: Madrid-centro, Madrid-este, Madrid-Norte, Madrid-oeste y Madrid-Sur.

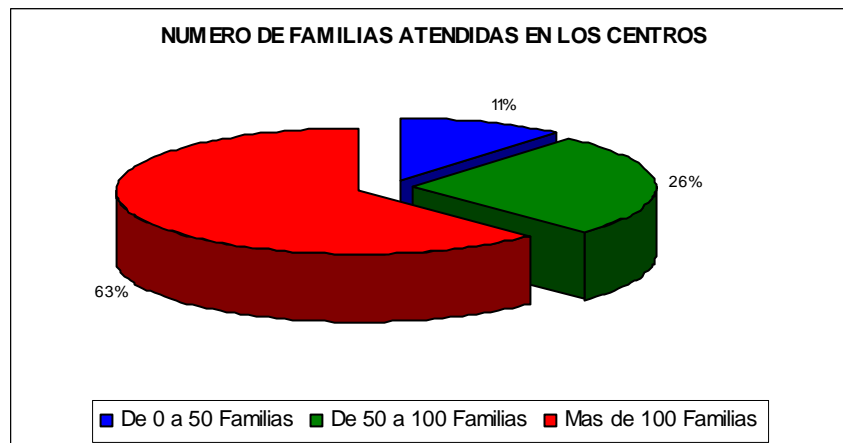
En nuestra muestra observamos una mayor participación en la zona Madrid-Capital (zona que es la que más centros y recursos de AT tiene), con un 39% de profesionales que participan en nuestro estudio, seguido de Madrid-Sur con un 24% de participación y de la zona Madrid-Este con un 14% de profesionales. En Madrid-Norte contamos con la participación de un 13% de profesionales y Madrid-Oeste con una participación de un 10% de profesionales.

La participación de profesionales por zonas se representa en el siguiente gráfico (Gráfico nº 7)



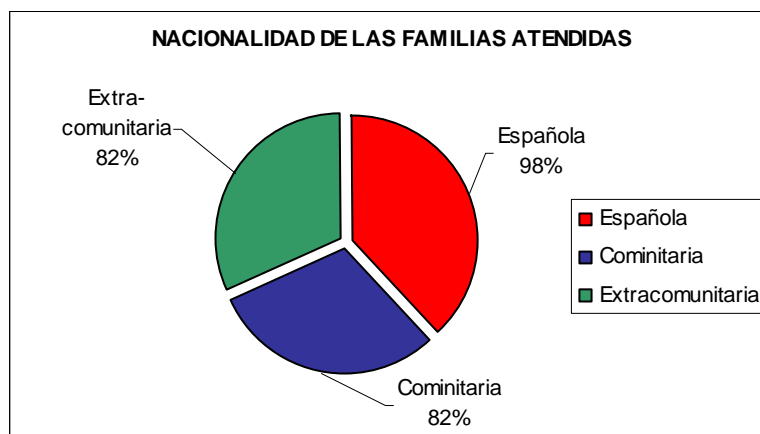
**Gráfico nº 7: muestra por zonas C.A.M**

**Número de familias atendidas en el centro:** el 63% de la muestra informa que en el centro o servicio donde trabaja atienden a más de 100 familias, frente al 26% que afirma que atienden entre 50 y 100 familias. El 11% de la muestra informa que el número de familias atendidas en el centro o servicio es inferior a 50 (Gráfico nº 8).



**Gráfico nº 8: N° de familias atendidas en los centros**





**Gráfico nº 9: Nacionalidad de las familias atendidas**

Se ha conseguido una muestra que consideramos representativa de profesionales (N=275) de centros de los distintos ámbitos de AT, la mayoría con una amplia experiencia en las mismas (de 11 a 20 años el 34,18% y de 21 a 30 años el 24%) y a los que creemos que podemos atribuir un alto grado de conocimiento de las cuestiones relativas a la formación familiar.

No obstante, el número de respuestas del ámbito sanitario ha sido muy bajo, lo que nos ha obligado a no poder llevar a cabo análisis agrupados por dicha variable.

Sin duda este hecho debería ser objeto de reflexión y análisis por parte de los centros implicados, y seguramente también, habremos de revisar si el procedimiento seguido en el estudio ha sido el más idóneo para garantizar una muestra mayor de este ámbito.

#### ▪ **INDIVIDUO**

Individuo es "cada uno de los elementos que componen la muestra y de los que se obtiene la información (Arnal, Latorre y Rincón, 1998:78). De modo que, en nuestro caso, son cada uno de los profesionales de AT que trabajan en los distintos ámbitos, centros y servicios de la misma.

### **5. 3. Instrumento de medida**

Los instrumentos de recogida de datos que hemos seleccionado dada la naturaleza de esta investigación son la **técnica de encuesta** y el tipo de **instrumento** empleado ha sido el cuestionario, elaborado para tal fin. El cuestionario es la

---

técnica de recogida de datos más utilizada en la investigación por encuesta (Buendía, 2003).

La utilidad de cuestionarios, para obtener información que nos sirva para la elaboración de propuestas de mejora, ha sido ya puesta de manifiesto en ejemplos de buenas prácticas de FEAPS (Fernández el Pozo y Galván, 2003) y en otros foros (Ruiz, Hernando, García Ribera, Clariana y Rivera, 2000).

El empleo de protocolos en AT es una propuesta clara con los Planes de Acción II y III para personas con discapacidad de la C.A.M, en consonancia con las directrices europeas. También el Plan de AT del CERMI 2004, establece medidas en relación al desarrollo de dichos protocolos (medida 2303 sobre los seguimientos para ajustar la intervención y medida 2304 sobre el desarrollo de programas conjuntos de AT)

Tenemos que considerar que no existe ningún documento estandarizado que recoja la evaluación del modelo de formación padres en AT, de modo que elaboramos un cuestionario con este fin, encontrando que la encuesta es el método de investigación más adecuado para nuestra investigación cualitativa porque nos permite recoger opiniones, creencias o actitudes y elaborar conclusiones que pueden dar respuesta a problemas tanto teóricos descriptivos como de relación de variables, tras la recogida de información sistemática, según el diseño que hemos establecido previamente (Buendía, 2003).

Se trata de una **encuesta descriptiva**, puesto que el conjunto de preguntas que la constituyen buscan la afirmación de la existencia de determinados hábitos o actitudes profesionales dentro de un área o servicio profesional (Pérez Álvarez, 1991).

Esta técnica nos permite traducir las variables empíricas sobre las que deseamos obtener información en preguntas concretas sobre la realidad que queremos investigar (Sierra Bravo, 1985).

**La encuesta es de autoadministración**, en cuanto a que la cumplimenta personalmente la muestra seleccionada, realizando una marca o cruz en aquella respuesta que guarda mayor similitud con su realidad o valoración de la misma o cumplimentando una respuesta a una pregunta abierta.

**El cuestionario está constituido por:**

- a. *Preguntas cerradas o de base estructurada*, en el sentido que cuentan con varias posibilidades de respuesta y resultan más fáciles de interpretar (Buendía, 2003).

- b. Algunas preguntas son *semicerradas o semiestructuradas*, pero su incidencia es menor respecto a las primeras (Pérez Álvarez, 1991:98).
- c. Se añadieron algunas *preguntas abiertas* tras el juicio de expertos, solicitando una respuesta libre para abrir las posibilidades de expresión de los profesionales.

**Validez Teórica:** los ítems incluidos en el cuestionario pretenden dar respuesta a los objetivos e hipótesis que se plantean y buscan la coherencia interna del instrumento en sus partes, validez de contenido (Pérez Juste, 1990).

**Validez Empírica:** Los resultados obtenidos en los cuestionarios pueden ser comparables entre sí a partir de la muestra a la que se ha aplicado, posibilitando la generalización de conclusiones obtenidas en el estudio de una situación de otras similares (Martínez González, 2007:51).

**Confiabilidad:** Aplicamos el criterio de confiabilidad en cuanto a que el instrumento mide siempre, lo que queremos medir, sea cual fuere la situación de aplicación (en este caso, de las variables externas situacionales o contextuales en las que cada profesional responda al cuestionario).

**Juicio de expertos:** para verificar la validación del cuestionario al campo de estudio solicitamos un juicio de expertos sobre la adecuación de los ítems a las variables de estudio (Pérez Juste, 1990)

## **5. 4. Proceso de recogida de datos**

**Temporalización:** La recogida de datos tuvo lugar en el periodo comprendido entre mayo 2009 y mayo de 2010.

**Procedimiento de recogida de datos:** Para la recogida de datos se han seguido los siguientes pasos:

1. **Entrevista Telefónica Inicial:** Contacto con los profesionales que seleccionamos como más pertinentes para aportar la información requerida en el estudio. Este primer contacto es previo a la recogida de información y persigue los siguientes objetivos:
  - Contactar directamente con distintos profesionales del centro y servicio de AT; psicólogos, pedagogos o psicopedagogos o trabajadores sociales de CATs, gabinetes, Escuelas Infantiles, Casa de niños, Centros Base,

---

orientador o PT de EAT y jefes de servicios hospitalarios de Neonatología o Neuropediatras o Pediatras.

- Explicarles verbalmente el objeto de estudio.
  - Motivarles a su participación, solicitándoles su colaboración en la cumplimentación del cuestionario.
  - Determinar la dirección de correo electrónico más operativa o directa, o dirección postal, con el fin de enviarles el cuestionario de investigación, previa información de que les iba a llegar.
2. **Envío, a través del correo electrónico o correo normal**, de una breve carta con la explicación por escrito del estudio, adjuntando dos archivos:
- **el cuestionario** a cumplimentar, con un breve encabezado que incluía instrucciones para su cumplimentación y correo de contacto y para la devolución del cuestionario cumplimentado (Ver Anexo).
  - **La carta de presentación** del departamento de Didáctica y Organización Escolar de la U.A.M, donde se solicita su colaboración. La carta-tipo puede verse en el Anexo.
3. **Nuevo contacto telefónico**, con el objeto de recordar o volver a solicitar el cuestionario cumplimentado, en los casos en los que, previo acuerdo, no se ha habido recibido, para conocer qué es lo que había ocurrido y solventar cualquier inconveniente (olvido, pérdida del archivo, negativa a participar...) En ocasiones, este paso, este paso, con el consiguiente reenvío de archivos, se repitió varias veces.

## 5. 5. Tratamiento y análisis de datos

**Matriz de Datos:** Una vez finalizada la recogida de cuestionarios, procedimos a la codificación de datos correspondientes a las variables de estudio de todos los ítems, disponiéndolos en una base o Matriz de datos de Microsoft Excel.

**Codificación de variables:** Codificamos las variables nominales, agrupándolas en las categorías más frecuentes repetidas, asignándoles números, de modo que ello nos pueda permitir realizar grupos homogéneos más fácilmente manipulables.

Cada variable corresponde a un ítem y las disponemos por columnas.

También hemos dado a las respuestas **valores**, equivalentes a las respuestas posibles: si, no; mensual, anual, trimestral; etc... Ello favorece igualmente, la **agrupación por categorías y su cuantificación**.

**Estadística Descriptiva:** Con la ayuda del Centro de Apoyo a la Investigación de la U.C.M. hemos extraído una **Tabla de Frecuencias y Porcentajes** para el *Análisis Descriptivo y Cualitativo*, con el fin de describir la realidad existente.

**La prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson ( $\chi^2$ )** nos permite comparar variables categóricas y ver si existe relación entre ellas, profundizando un paso más en la descripción de datos que pretenden dar respuesta a nuestros planteamientos de estudio. Esta medida de asociación entre dos variables forma tablas de contingencia (Everitt y Wykes, 2001:41)

**El test exacto de Fisher**, como método alternativo al estadístico Chi-cuadrado, nos permite avanzar un paso más en la investigación y contrastar la independencia de dos variables de la tabla de contingencia cuando las frecuencias esperadas son pequeñas y la significatividad de Chi-cuadrado se reduce por la escasez de respuestas en determinadas celdillas, que conforman grupos pequeños, evaluando la suma de probabilidades (Everitt y Wykes, 2001:196)

**Las Tablas de Contingencia** las empleamos para estimar la asociación o relación entre dos conjuntos de atributos (Siegel, 1985) o dos variables (Everitt y Wykes, 2001:38 y 181)

**Graficación Estadística:** con objeto de representar con imágenes claras la realidad de datos con la que trabajamos y datos que obtenemos, utilizamos el programa Power Point, que nos permite trabajar con gráficos acordes al tipo de medición que queremos representar

## **6. RESULTADOS**

**Hp. 1: Existe una necesidad manifiesta de realizar formación con las familias por parte de los profesionales que trabajan en AT en los ámbitos educativo y social como acción preventiva.**

En el análisis de los datos, que se ha respondido en relación a la pregunta P.16 de nuestro cuestionario (¿considera necesaria la formación de las familias como acción preventiva?) los profesionales de AT, de nuestra muestra encontramos que:

- En el ámbito educativo un 99,43% de los profesionales de AT encuestados consideran que *la formación de las familias es necesaria como acción preventiva en AT.*
- En el ámbito social un 97,56% de los profesionales de AT encuestados consideran la formación de las familias como acción preventiva.
- La necesidad de formación se pone de manifiesto en los dos ámbitos si bien, la pequeña diferencia la establece el ámbito social donde un 2,44% de profesionales encuestados consideran necesario llevar a cabo otras actuaciones.
- El 100% de los profesionales encuestados encuentran que el grado de atención a la familia tiene una *influencia positiva* en el desarrollo del niño.

**Tabla nº 43: Datos de la consideración de formación familiar por ámbitos**

ÁMBITO	NO	SI	OTROS
<b>EDUCATIVO</b>	0,57%	99,43%	-
<b>SOCIAL</b>	-	97,56%	2,44%

Por tanto, en los datos de nuestra muestra analizados podemos concluir diciendo que:

*Se pone de manifiesto que existe una alta necesidad de realizar formación con las familias, como una acción preventiva por parte de todos los profesionales encuestados pertenecientes al ámbito educativo y social de AT.*

*La totalidad de los distintos profesionales y servicios del ámbito educativo y social consideran que las actuaciones que se realizan con las familias influyen en el desarrollo del niño.*

## **Hp.2: Existe una organización variable de los profesionales que atienden a las familias en función del ámbito de AT.**

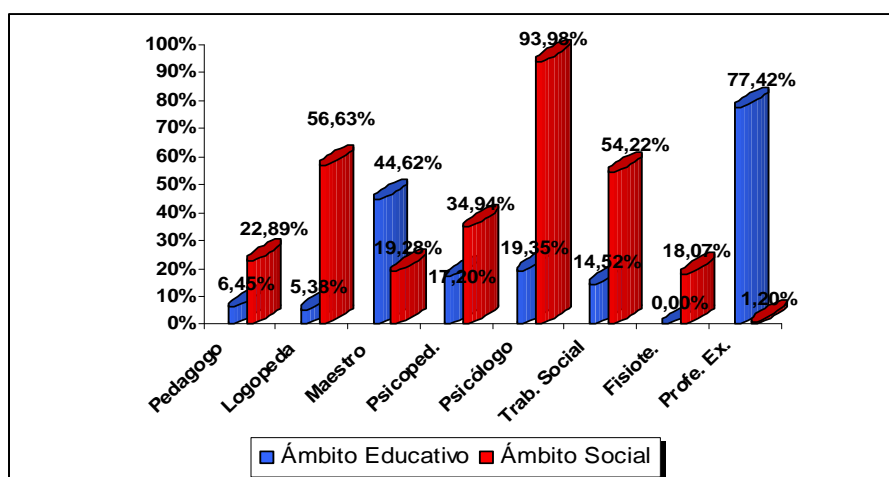
En el análisis de datos de la P.6 de nuestro cuestionario (¿qué profesionales atienden a las familias?) los datos obtenidos nos muestran que:

- En el ámbito educativo, predomina un profesional externo al centro (77,42%) y el maestro (44,62%). Este profesional externo consideramos que es un profesional de los Equipos de Atención Temprana (psicólogo, pedagogo o psicopedagogo) ya que su ámbito de actuación son las escuelas infantiles.

- En el ámbito social predomina el psicólogo (93,98%), el logopeda (56,63%) y el Trabajador Social (profesional de servicios técnicos a la Comunidad) (54,22%).

Estos datos apuntan a las diferencias respecto a los profesionales que atienden a las familias en cada ámbito de AT.

Estos datos quedan reflejados en el Gráfico nº



**Gráfico nº 10: Profesionales que atienden a las familias**

Según estos datos y para la muestra encuestada podemos afirmar que:

*Los profesionales que atienden a las familias son diferentes en función del ámbito al que pertenecen (aceptamos la Hipótesis Empírica nº 2), siendo el psicólogo el profesional que con mayor frecuencia atiende a las familias en el ámbito social y en el ámbito educativo un profesional de los equipos externos al centro (EAT) (psicólogo, pedagogo o psicopedagogo) ya que su ámbito de actuación son las escuelas infantiles.*

---

### Hp.3: Existen actividades formativas para las familias en los distintos ámbitos de AT.

En el análisis de la P.7 de nuestro cuestionario (¿se realiza formación con las familias?) en la muestra de profesionales de AT encuestados, encontramos que:

Los ámbitos educativo y social tienen un porcentaje de respuestas afirmativas al respecto, de 82,26% y 72,29%. La no realización de formación con las familias en el ámbito educativo asciende a 17,74% y en el ámbito social a 27,71 %, pero nos interesa conocer que actuaciones formativas se realizan.

Los resultados, representados en el siguiente diagrama (Gráfico nº 11) apuntan a que dentro de las actuaciones de formación para familias se produce de una manera más generalizada en el ámbito educativo.

#### ACTIVIDADES FORMATIVAS PARA FAMILIAS

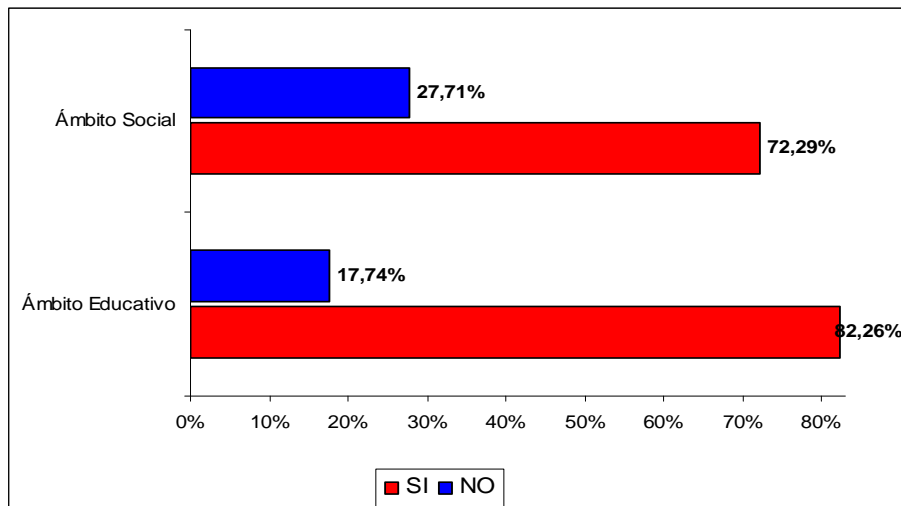


Gráfico nº 11: Formación familiar por ámbitos de AT

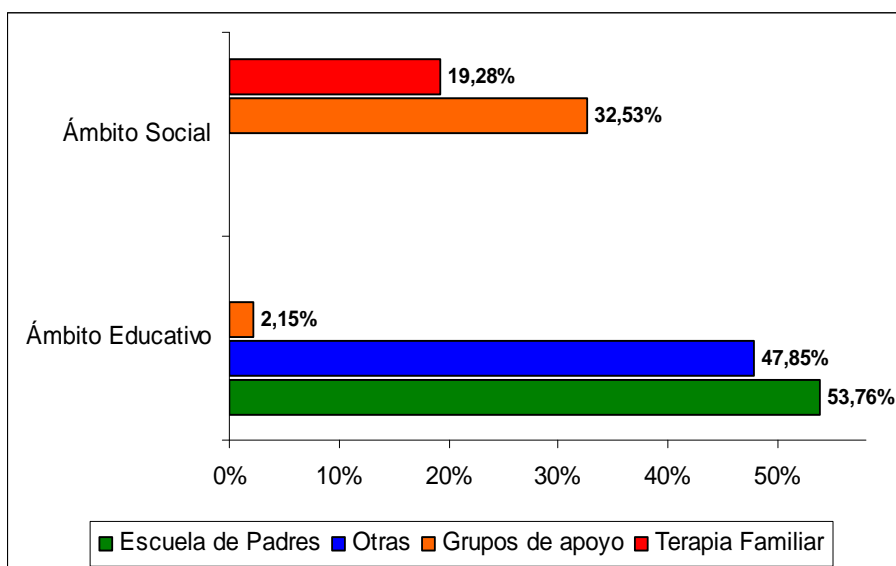
En relación a las actividades que se llevan a cabo por **ámbitos** los resultados, muestran que (Gráfico nº 12):

- En el ámbito educativo predominan las actuaciones formativas de *Escuelas de padres* (53,76%) y *Otras* que en el cuestionario señalábamos como: *jornadas, seminarios,,,* en un 47,85%. Los *Grupos de Apoyo* aparecen como acciones formativas en un porcentaje muy bajo (2,15%). Parece que dentro de las actuaciones de formación para las familias es en el ámbito educativo donde se produce de forma más generalizada



- El ámbito social es el que aborda la *Terapia Familiar* (19,28%) (no aparece en el ámbito educativo), y los Grupos de Apoyo con un porcentaje mayor que en el ámbito educativo 32,53%.

### ACTIVIDADES QUE REALIZAN LOS PROFESIONALES DE AT PARA FAMILIAS



**Gráfico nº 12: Actividades formativas para las familias**

Consideramos de interés señalar las diferencias en el ámbito educativo en nuestra muestra de estudio en la siguiente Tabla:

**Tabla nº44: Actividades de formación para familias por ámbitos**

ÁMBITO	CENTRO	Escuela de padres	Terapia familiar	Grupos de apoyo	Otros: jornadas
EDUCATIVO	Equipos	75,86%	-	13,79%	24,14%
	Escuela Infantil	77,14%	-	-	50,48%
	Casa Niños	96,15%	-	-	55,77%

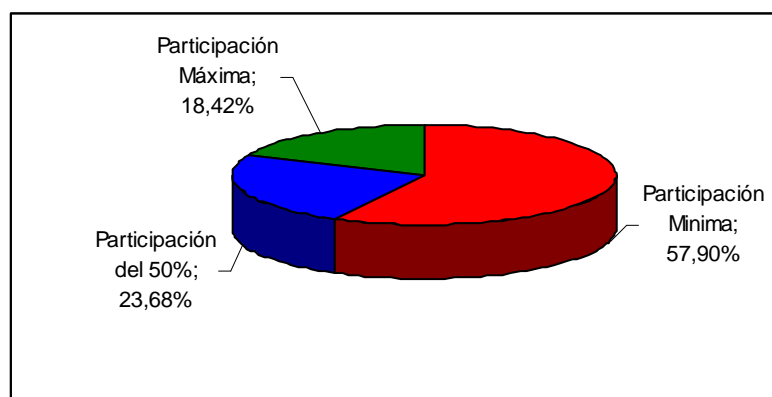
La prueba de *Chi-Square* apunta una relación entre tipo de centro, Escuela Infantil y actividades de formación realizadas en jornadas, seminarios... con un valor  $p < 0.0001$ . El test exacto de Fisher corrobora esta relación con un valor  $p = 0,01$  que muestra la fuerte relación que existe entre las escuelas infantiles y la formación con las familias en jornadas, seminarios...

---

Parece claro que en el ámbito educativo el contexto de la Casa de Niños es en el que mayoritariamente se realiza escuela de padres (96,15%) y jornadas, seminarios (55,77%).

En cuanto a si los encuestados de nuestra muestra consideran que las familias participan en las actividades de formación, como se puede apreciar en el gráfico, el 57,90% consideran que hay una participación mínima de la familia, un 23,68% señalan que la participación es del 50%, un 18,42% indican que la participación es del 75%.

### **PARTICIPACIÓN DE LAS FAMILIAS EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN**



**Gráfico 13: Participación de las familias en las actividades de formación**

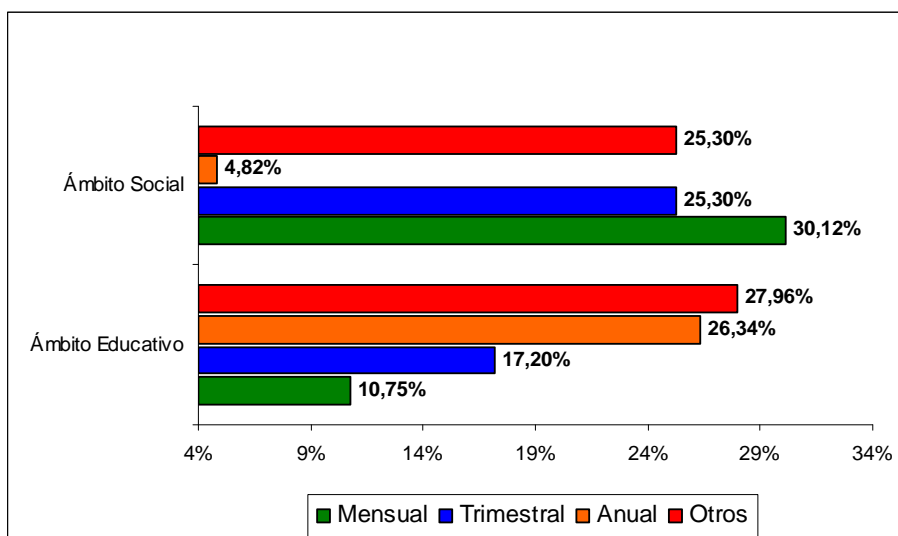
**Subhipótesis nula 3.1:** No existen diferencias significativas entre ámbito de AT y periodicidad de las actividades formativas para las familias.

Los resultados que acabamos de presentar en la Hipótesis Empírica nº 3 ya indican la existencia de actividades diferentes en la formación familiar de los ámbitos de AT donde se trabaje.

El análisis de la P7.2 de nuestro cuestionario ("¿Con qué periodicidad se realiza?") complementa los datos obtenidos en el análisis anterior, respecto a la posible existencia de diferencias respecto a cómo se temporalizan las actuaciones que se llevan a cabo con las familias.

Los resultados, representados en el siguiente diagrama, nos muestran que existe una periodicidad diferencial en la realización de actuaciones formativas para las familias.

## TEMPORALIZACIÓN



**Gráfico nº 14: Periodicidad de las actuaciones formativas en AT.**

En el ámbito educativo predomina la periodicidad en que señalábamos en el cuestionario como otros (un 27,96%) y la periodicidad anual (un 26,34%). La periodicidad mensual es baja (un 10,75%)

El ámbito social es el que, sin duda, alcanza unas cotas más altas en la periodicidad mensual (un 30,12%) La periodicidad anual es muy baja (4,82%)

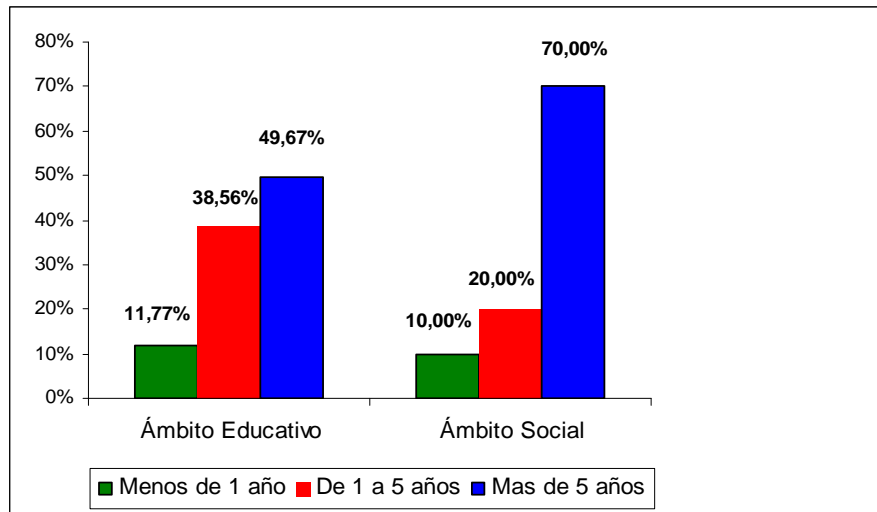
Si relacionamos ámbitos con la periodicidad con la que se establecen las actuaciones de formación para las familias (P7.2) encontramos que no es significativa esta relación.

**Subhipótesis nula 3.2:** No existen diferencias significativas entre ámbito de AT y el tiempo que se llevan realizando las actividades de apoyo y formación para las familias en el centro.

En relación con el tiempo que se llevan realizando la formación familiar el análisis de la P7.3 de nuestro cuestionario ("¿Cuánto tiempo llevan implantando las actividades para la formación familiar?) los resultados muestran que:

En el ámbito educativo, los profesionales afirman que la formación para las familias se lleva realizando desde hace más de 5 años (49,67%). Un 38,56% de los profesionales afirma que se lleva realizando entre 1 y 5 años mientras que 11,77% de los profesionales de este ámbito afirma que se lleva realizando desde hace menos de 1 año.

En el ámbito social un alto porcentaje de profesionales contesta que se lleva realizando formación con las familias desde hace más de 5 años (70%). Un 20% responde que entre 1 a 5 años y sólo un 10% responde que llevan menos de 1 año.



**Gráfico nº 15: Datos del tiempo que se llevan realizando las actividades de formación familiar**

Si relacionamos ámbitos con el tiempo que se llevan realizando las actuaciones de formación familiar (P7.3) encontramos una relación significativa estadísticamente con  $p$  en *Chi-Square* 0,02, con lo que rechazamos la Hipótesis Nula afirmando que sí existe relación entre ámbito de AT y antigüedad de las actuaciones de formación familiar.

**Subhipótesis nula 3.3:** No existen diferencias significativas entre las actividades de apoyo y formación para las familias y el nº de familias atendidas en el centro.

Para poder establecer la posible relación entre las actividades formativas para las familias y el nº de familias atendidas en el centro planteamos esta hipótesis nula y contrastamos los resultados con la prueba *Chi-Square* obtenemos lo siguiente:

- *Escuela de padres* es la formación familiar que se realiza mayoritariamente en los centros que atienden menos de 50 familias (63,33%), seguida de los centros que atienden a más de 100 familias (47,93%) y de los centros que atienden entre 50 y 100 familias (43,66%), *Chi-Square*= 0,04, que indica una relación diferencial por nº de familias atendidas en los centros en este aspecto.
- *Terapia Familiar* se realiza más en los centros con menos de 50 familias (26,67%), con menor presencia en los centros que atienden entre 50 y 100

familias (4,23%) y centros que atienden a más de 100 familias (2,96%), siendo esta relación significativa con un  $p=0,01$ .

- *Grupos de apoyo* se realizan más en los centros con más de 100 familias (13,61%) y centros que atienden menos de 50 familias (10%) y menos en los centros que atienden entre 50 y 100 familias (7,04%).
- *Otros: jornadas, seminarios....* mayoritariamente se realizan en los centros que atienden a más de 100 familias (50,30%) y centros que atienden entre 50 y 100 familias (42,25%), menos en los centros con menos de 50 familias (30%). La prueba *Chi-Square* arroja un valor  $p=0,09$ , estadísticamente no significativo pero que apunta esta relación.
- Observamos que las actividades menos realizadas en los centros son los grupos de apoyo y terapia familiar que coincide con las actuaciones que se abordan con mayor frecuencia en el ámbito social.

Estos datos se aprecian más claramente en la siguiente tabla donde presentamos una comparativa entre el tipo de actividad de formación familiar que se realiza en relación con el nº de familias atendidas en los centros de AT (Tabla nº 52).

**Tabla nº 45: Comparativa entre nº de familias atendidas en el centro respecto a las actividades formativas para las familias**

	<b>ESCUELA DE PADRES</b>	<b>TERAPIA FAMILIAR</b>	<b>GRUPOS DE APOYO</b>	<b>OTROS:JORNADAS, SEMINARIOS</b>
<b>MENOS DE 50 FAMILIAS</b>	63,33%	26,67%	10%	30%
<b>ENTRE 50 Y 100 FAMILIAS</b>	43,66%	4,23%	7,04%	42,25%
<b>MÁS DE 100 FAMILIAS</b>	47,93%	2,96%	13,61%	50,30%
<b>DIFERENCIAS</b>	P=0,04 Diferencias significativas	P=0,01 Diferencias significativas	P=0,18 No significativa	P=0,09 No significativa

Como vemos, existen diferencias estadísticamente significativas entre el nº de familias atendidas en el centro en cuanto al tipo de actividades formativas como las

escuelas de padres (más frecuente en los centros con menor nº de familias) o jornadas, seminarios (más frecuente en los centros con más de 100 familias).

**Subhipótesis 3.4:** Se apoya económicamente desde las instituciones la formación de las familias en AT.

Preguntamos en el cuestionario si la formación de las familias que se realiza en AT ha sido financiada por las propias familias, es gratuita o subvencionada.

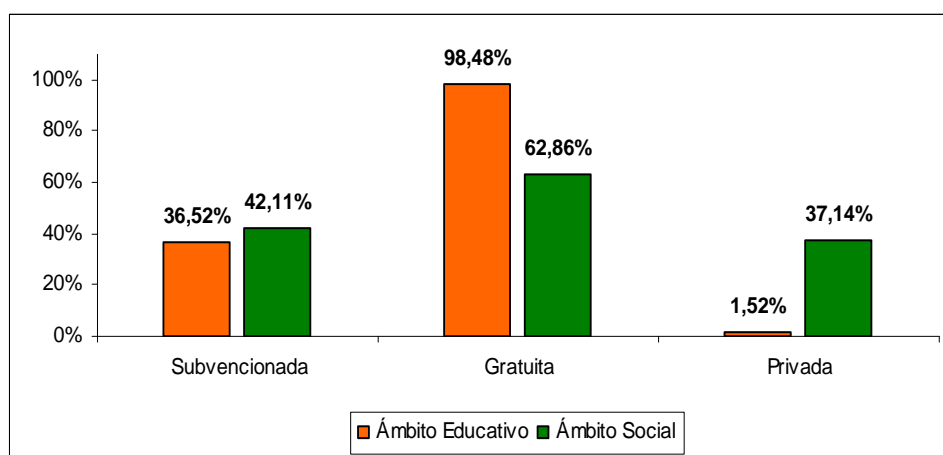
En el análisis descriptivo encontramos los siguientes porcentajes por respuestas afirmativas en cada una de las opciones:

En el ámbito educativo un 98,48% de los profesionales de AT de nuestra muestra dicen que la formación familiar es gratuita, un 36,52% señala que es subvencionada y un 1,52% es privada, lo cual indica que es costeadada por la familia.

En el ámbito social un 62,86% de los profesionales de AT quienes afirman que la formación familiar es gratuita, un 42,11% señala que es subvencionada y algo mayor, que en el ámbito educativo, es el tanto por ciento de profesionales (un 37,14%) quienes afirman que la formación familiar es privada.

Existen diferencias por ámbitos respecto a la financiación de la formación familiar, lo apreciamos en el Gráfico nº 16.

#### **FINANCIACIÓN DE LA FORMACIÓN FAMILIAR EN AT**



**Gráfico nº 16: Financiación de la formación familiar en AT**

Por tanto, analizando las actuaciones de formación familiar por ámbitos, el grado de participación, su periodicidad y antigüedad, así como con el nº de familias atendidas en el centro y el apoyo económico a la formación familiar en los datos de nuestra muestra, podemos afirmar que:

*Si existen actividades formativas para las familias en los distintos ámbitos de AT (Aceptamos la Hipótesis Empírica nº3) aunque las cifras no arrojan aún resultados deseables. Existen diferencias entre ámbitos de AT en cuanto a las actividades de formación familiar que llevan a cabo, siendo el ámbito educativo el que más formación familiar realiza.*

*En el ámbito educativo se realizan más las escuelas de padres y seminarios, jornadas. En el ámbito social se realizan más los grupos de apoyo y terapia de familia.*

*No encontramos relación entre las actividades de formación a nivel general pero si en el ámbito educativo donde existe relación entre Escuelas Infantiles y las actividades de formación para las familias en jornadas, seminarios...*

*Un 57,90% de profesionales encuestados consideran que hay una participación mínima de la familia en las actividades formativas.*

*No existen diferencias significativas entre ámbito de AT y periodicidad de las actividades formativas para las familias.*

*Rechazamos la Subhipótesis nula 3.2 afirmando que los ámbitos de AT se diferencian en cuanto al tiempo con el que llevan realizando las actuaciones de formación familiar.*

*En todos los centros, con diferencias en el nº de familias atendidas se realizan actividades formativas para las familias, escuelas de padres, jornadas, seminarios y en menor medida terapia familiar y grupos de apoyo.*

*Rechazamos la Subhipótesis nula 3.3 afirmando que existen diferencias significativas entre las actividades formativas para las familias y el nº de familias atendidas en el centro*

*Si existe apoyo económico de las instituciones a la formación familiar (Aceptamos la subhipótesis 3.4). Existen diferencias por ámbitos respecto a la financiación, se da una mayor financiación privada en el ámbito social (un 37,14%)*

---

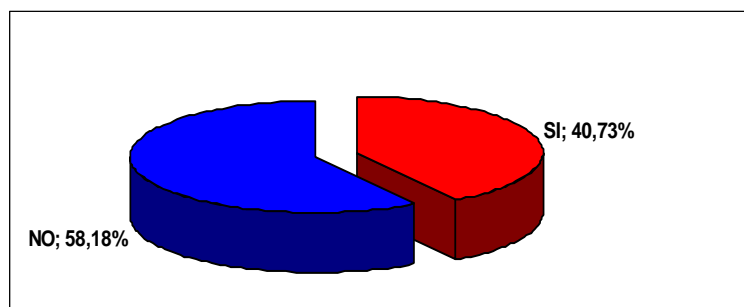
#### **Hp.4: Existen protocolos para los procesos de intervención familiar en los distintos ámbitos de atención.**

La existencia y empleo de protocolos de intervención familiar, en los distintos procesos de la AT, es un indicador del grado de formalización y sistematización en la intervención que se lleva a cabo con las familias y constituyen un instrumento importante que ayuda a regularizar la intervención.

Vamos a ir analizando los resultados para conocer los protocolos existentes en los distintos ámbitos de AT en cada uno de los procesos de intervención: proceso de apoyo/asesoramiento, formación y detección de necesidades de formación.

El análisis descriptivo de la P.5 de nuestro cuestionario ("¿tienen establecidos protocolos para los procesos de intervención familiar?") los resultados de los profesionales de todos los ámbitos de AT muestran que sólo un 40,73% de los profesionales afirman disponer de protocolos para los procesos de intervención familiar (Gráfico nº 17).

#### **PROTOCOLOS PARA LA INTERVENCIÓN FAMILIAR (%)**



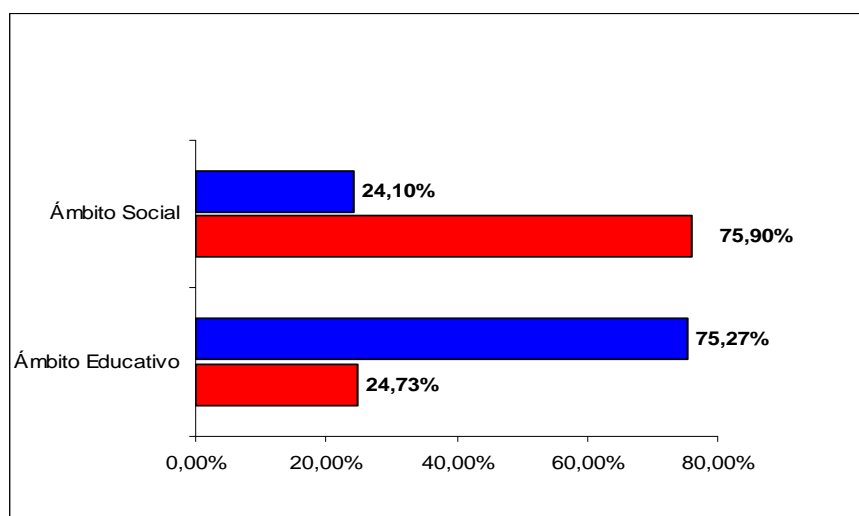
**Gráfico nº 17: Protocolos de Intervención Familiar en AT**

Por ámbitos las diferencias no son significativas en cuanto a la existencia de protocolos de intervención familiar (Gráfico nº 18).

- Es el ámbito social el que dice disponer de protocolos para la intervención familiar en un porcentaje mayor que en el ámbito educativo (un 75,90%)
- En el ámbito educativo un 75,27% de los profesionales dicen no disponer de protocolos de intervención familiar.



### PROTOCOLIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR EN AT



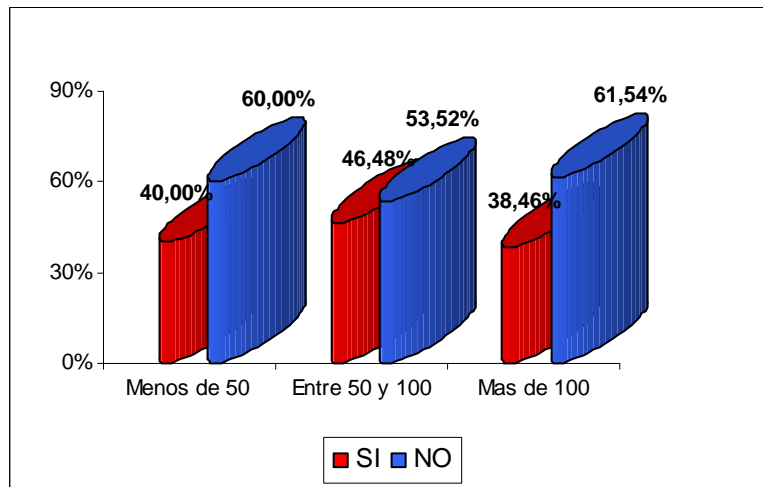
**Gráfico nº 18: Protocolos de intervención familiar**

**Subhipótesis nula 4.1:** No existen diferencias significativas en el empleo de protocolos para la intervención familiar en función del nº de familias atendidas en el centro.

Nos interesa conocer si el empleo de protocolos para la intervención familiar guarda relación con el nº de familias atendidas en el centro. Por número de familias atendidas en el centro, encontramos que esta protocolización es mayor en los centros que atienden entre 50 y 100 familias en su servicio con un 46,48%, seguido de los centros que atienden a menos de 50 familias y los centros que atienden a más de 100 familias son los que menos utilizan estos protocolos con un 38,46%.

En *Chi-Square* el valor obtenido de  $p=0,0166$ ,  $p<0,01$ , lo cual indica que es estadísticamente significativa esta relación y nos lleva a rechazar la subhipótesis nula 4.1 afirmando que si existen diferencias significativas en relación con el nº de familias atendidas en el centro en cuanto al empleo de protocolos para la intervención familiar y apuntando una tendencia clara a una mayor protocolización en los centros que atienden a menor nº de familias

### EMPLEO DE PROTOCOLOS CON EL N° DE FAMILIAS ATENDIDAS EN EL CENTRO



**Gráfico n° 19: Empleo de protocolos con el n° de familias atendidas en el centro**

Según estos datos y para la muestra encuestada podemos afirmar que:

*Sólo un 40,73% de los profesionales encuestados del ámbito educativo y social dicen emplear protocolos para la intervención familiar (aceptamos la hipótesis 4, señalando que esta protocolización es baja)*

*El ámbito social es el que dispone de dichos protocolos en mayor porcentaje que en el ámbito educativo, pero estas diferencias no resultan significativas estadísticamente (75,90% y 75,27% respectivamente)*

*Existen diferencias estadísticamente significativas en el empleo de protocolos para la intervención familiar en función del n° de familias atendidas en el centro (Rechazamos la subhipótesis nula 4.1).*

#### ▪ PROTOCOLOS DE APOYO/ASESORAMIENTO A FAMILIAS

**Subhipótesis 4.2.** Existen **protocolos de apoyo/asesoramiento** a familias en los distintos ámbitos de AT.

El análisis descriptivo sobre protocolos de apoyo a familias, nos muestra que solo un 37,45% de los profesionales encuestados indica que dispone de protocolos de apoyo/asesoramiento a las familias (Gráfico n°20).

### PROTOCOLOS APOYO/ASESORAMIENTO

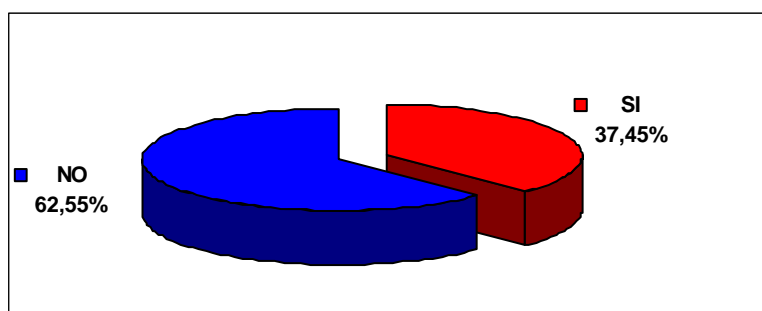


Gráfico nº 20: protocolos de apoyo/asesoramiento

**Subhipótesis nula 4.2.1:** No existen diferencias en el empleo de **protocolos de apoyo/asesoramiento** a las familias en los distintos ámbitos de AT.

Por ámbitos, las diferencias no son significativas en cuanto al empleo de protocolos de apoyo/asesoramiento encontramos que:

- El ámbito educativo nos muestra que un 90,23% de los profesionales encuestados indica que no dispone de protocolos de apoyo a las familias. Sólo un 9,68% de los profesionales encuestados afirman que disponen de protocolos de apoyo.
- El ámbito social es el que, sin duda, alcanza unas cotas más altas en el empleo de protocolos de apoyo 61,45%. Un 24,10% de los profesionales afirma no disponer de dichos protocolos.

### PROTOCOLOS DE APOYO

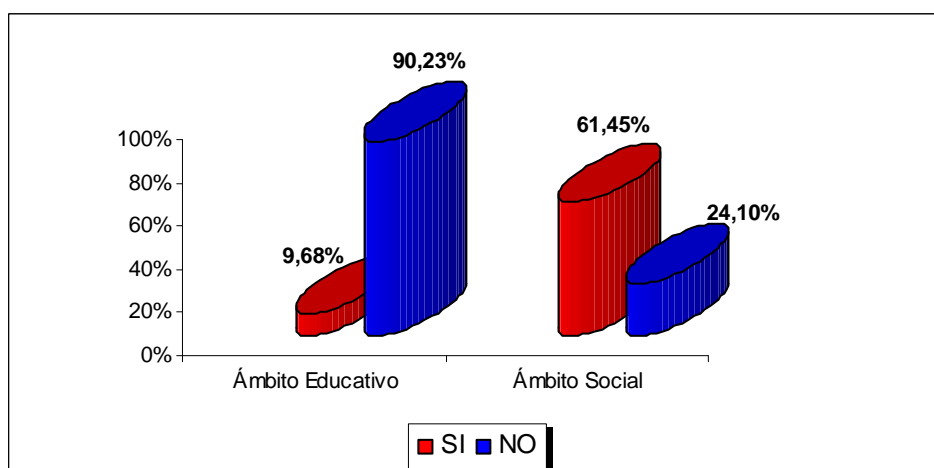


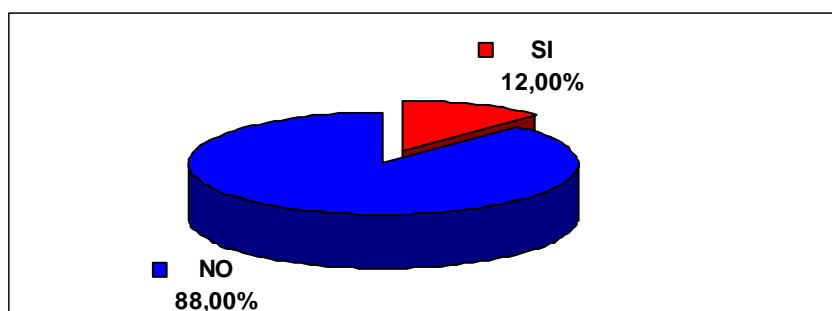
Gráfico nº 21: Protocolos de apoyo en los distintos ámbitos de AT

#### ▪ PROTOCOLOS PARA LA FORMACIÓN FAMILIAR

**Subhipótesis 4.3.** Existen **protocolos para la formación** a las familias en los distintos ámbitos de AT.

Respecto al empleo de protocolos para formación familiar en el propio centro, el análisis global de resultados de los profesionales de todos los ámbitos de AT muestra que una mayoría de profesionales de AT (un 88%) afirman no disponer de protocolos para la formación de las familias (Gráfico nº22).

#### PROTOCOLOS FORMACIÓN FAMILIAR



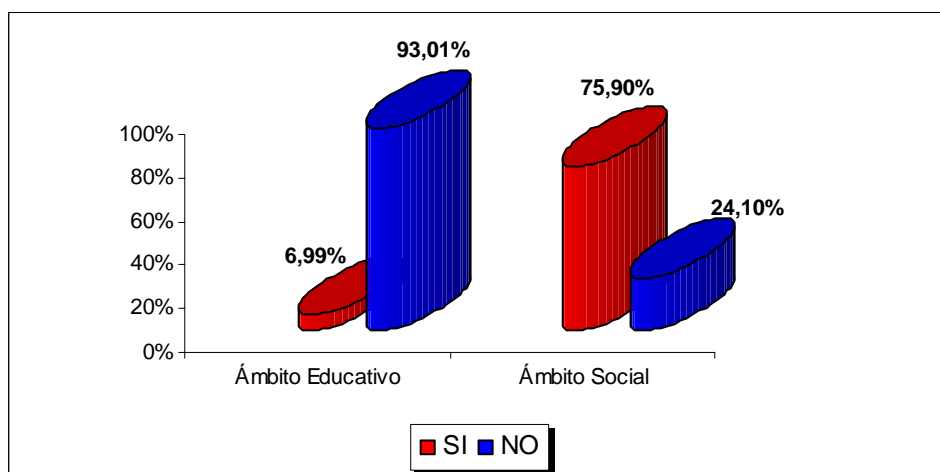
**Gráfico nº 22: Protocolos para la formación familiar**

**Subhipótesis nula 4.3.1:** No existen diferencias significativas en el empleo de protocolos de formación a las familias en función de los ámbitos profesionales de AT

Por ámbitos encontramos que el ámbito educativo es en el que mayoritariamente no emplea estos protocolos para la formación a las familias, con un 93,01%, sólo un 6,99% de los profesionales de este ámbito que lo emplean.

En el ámbito social es en el que más emplea estos protocolos de formación a las familias, con un 24,10%. Estos datos no se encuentran en concordancia con los resultados obtenidos sobre las actuaciones formativas con las familias (hipótesis Empírica nº 3) que apuntan al ámbito educativo como el que mayor formación familiar realizan.

### EMPLEO DE PROTOCOLOS PARA FORMACIÓN FAMILIAR POR ÁMBITOS DE AT(%)



**Gráfico nº 23: Empleo de protocolos para formación familiar por ámbitos de AT.**

Estos resultados nos permiten afirmar que:

*Existen protocolos para el trabajo de apoyo a las familias, pero estos protocolos no alcanzan el 50%. Sólo un 37,45% dicen emplear protocolos de apoyo con las familias (aceptamos la subhipótesis 4.2)*

*Existen diferencias en el empleo de protocolos de apoyo a familias en función del ámbito de AT: el ámbito social es el que más emplea estos protocolos (61,45%) aunque no es generalizado, siendo muy baja esta protocolización en el ámbito educativo (solo un 9,68%), pero no existen diferencias significativas estadísticamente (aceptamos la subhipótesis nula 4.2.1)*

*Un 88% de los profesionales de AT encuestados afirman que no emplean protocolos para la formación familiar (rechazamos la subhipótesis 4.3)*

*No existen diferencias significativas por ámbitos de AT en este aspecto (aceptamos la hipótesis nula 4.3.1)*

---

**Hp.5: En la organización de las actividades que realizan para familias los profesionales cuentan con espacios y tiempos en los ámbitos educativo y social.**

**Subhipótesis 5.1:** Existe un tiempo establecido para poder atender a las familias en el horario laboral de los profesionales de AT.

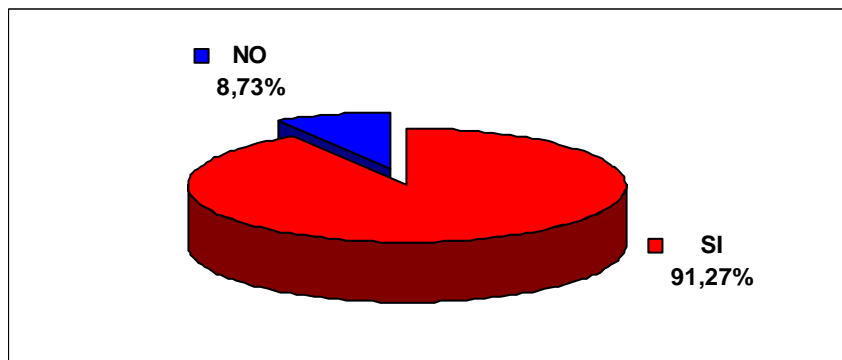
Preguntamos a los profesionales de nuestra muestra si en su horario laboral se contempla un tiempo específico destinado a las funciones de apoyo/formación con las familias (P.8). Sobre este dato, realizamos además, otras cuestiones relativas al tiempo para devolver información a los padres sobre el niño.

▪ **EXISTENCIA DE UN TIEMPO EXPLÍCITO PARA ATENDER A LAS FAMILIAS DENTRO DEL HORARIO LABORAL**

En nuestro estudio preguntamos a los profesionales de AT si disponían de un tiempo específico, dentro de su horario laboral, para realizar apoyo/formación a las familias.

El análisis descriptivo nos muestra que un 91,27% de los profesionales afirman disponer de ese tiempo para poder realizar actividades de apoyo /formación con las familias.

**TIEMPO EN HORARIO LABORAL**



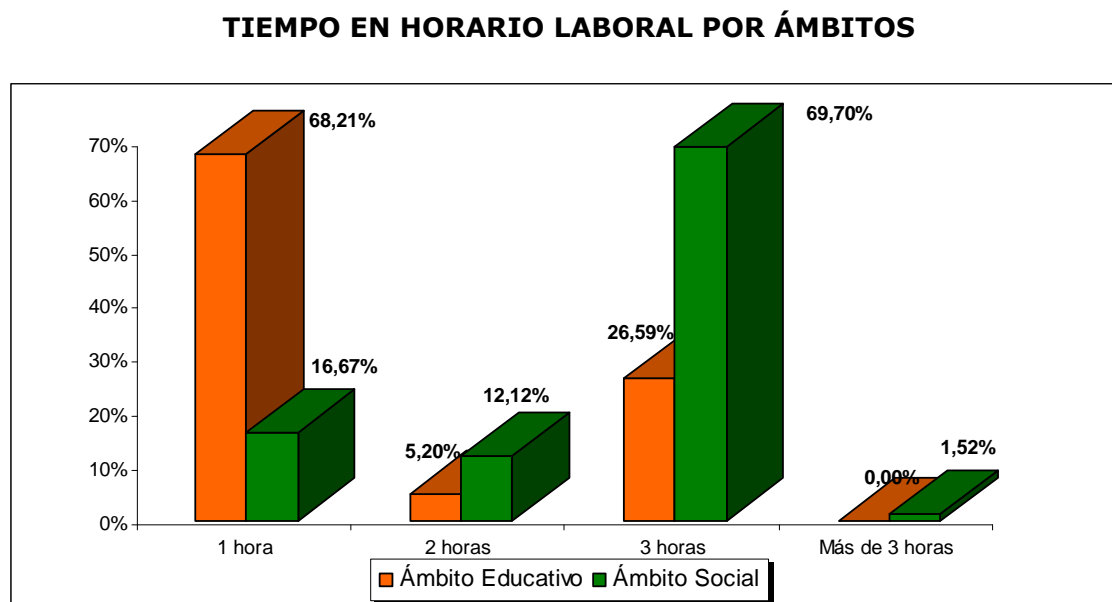
**Gráfico n° 24: Tiempo en el horario laboral para apoyo/formación a las familias**

Encontramos que es el ámbito social donde mayoritariamente se contempla un tiempo para atender a las familias en el horario laboral (94,09%), mientras que un 84,34% de los profesionales del ámbito educativo afirman disponer de este tiempo.

Por ámbitos existe una relación estadísticamente significativa en *Chi-Square* con un valor  $p < 0,0001$ , entre tiempo para poder realizar apoyo/formación a las familias y ámbito. El test exacto de Fisher corrobora esta relación con un  $p = 0,0184$  que muestra la fuerte relación que existe entre ámbitos y tiempo para apoyar/formar a las familias.

En el análisis por ámbitos de AT del tiempo que dispone el profesional en horario laboral para atender a las familias, en nuestro estudio, es el ámbito social el que presenta un mayor porcentaje de respuestas que indican la existencia de 3 horas en horario laboral para poder atender a las familias, con un 69,70%. En el ámbito educativo son un 68,21% de profesionales los que responden disponer de una hora en su horario laboral para atender a las familias.

Estos datos aparecen representados en el Gráfico nº 25:



**Gráfico nº 25: Tiempo en horario laboral, por ámbitos de AT**

- ¿QUÉ TIEMPO DEDICA EL PROFESIONAL A LA DEVOLUCIÓN DE INFORMACIÓN A LOS PADRES?

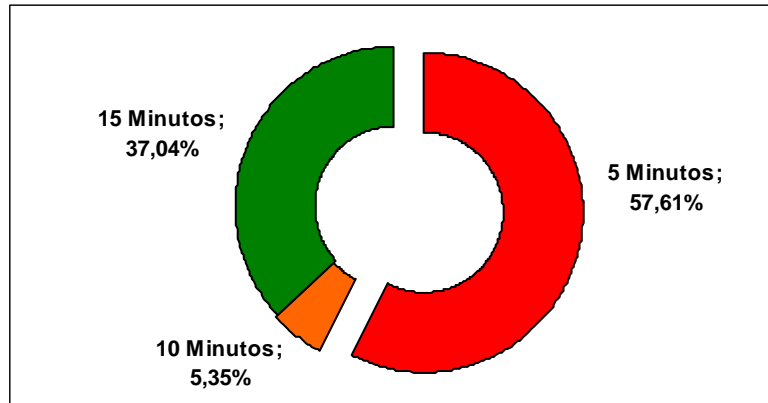
Para conocer si, además del tiempo para las funciones de apoyo/formación, realmente hay también un tiempo para intercambiar información con los padres.

Encontramos en el análisis descriptivo que, los profesionales de AT disponen de:

- Un 57,61% dicen disponer de 5 minutos
- Un 5,35% dicen disponer de 10 minutos

- 
- Un 37,04% dicen disponer de 15 minutos

### **TIEMPO PARA DEVOLVER INFORMACIÓN A LOS PADRES**



**Gráfico nº 26: Tiempo para devolver información a los padres**

El mayor tiempo disponible de los profesionales a devolver información a los padres se da en el ámbito social 43,06% afirman disponer de 15 minutos y en menor medida en el ámbito educativo 34,50% (15 minutos) donde el 63,74% afirma disponer de 5 minutos.

#### **▪ ¿QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN COMPARTES CON LOS PADRES DURANTE ESTE TIEMPO ESPECÍFICO?**

Encontramos en el análisis descriptivo que, los profesionales de AT la información que comparten con los padres esta relacionada con:

En el ámbito educativo los profesionales señalan:

- Un 67,20%, actividades realizadas durante el día
- Un 45,16% el rendimiento del niño en clase.
- Un 42,47% actividades complementarias que pueden realizar ellos.

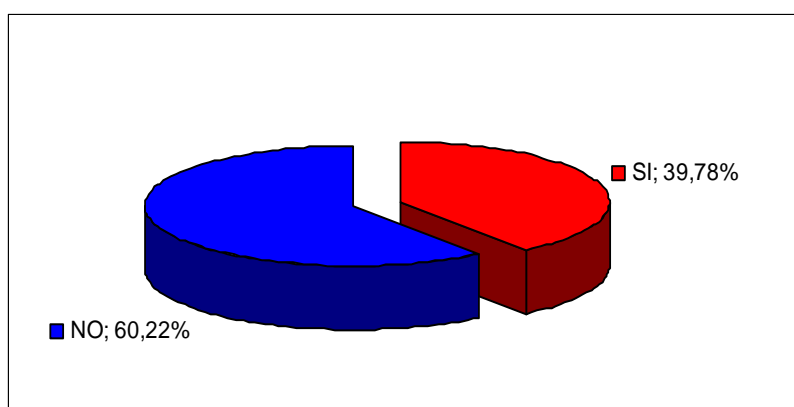
En el ámbito social los profesionales señalan:

- Un 67,47% actividades realizadas en una sesión
- Un 53,01% el rendimiento del niño.
- Un 62,65% actividades complementarias que pueden realizar ellos.



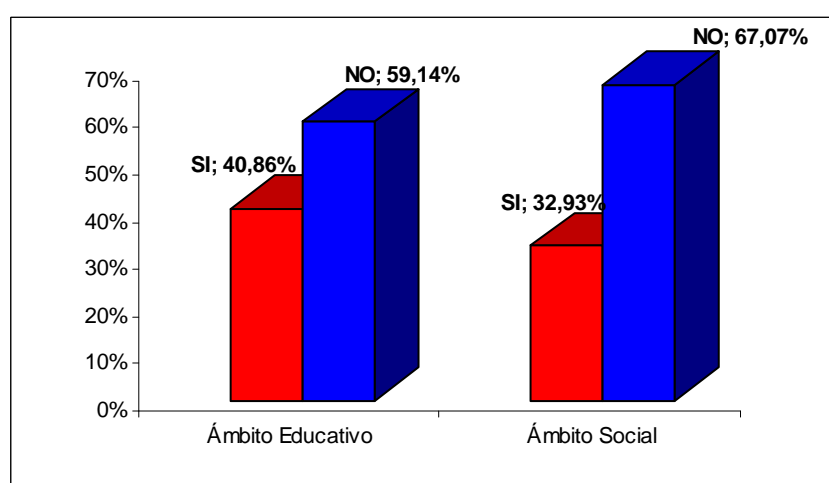
**Subhipótesis 5.2:** Existe un espacio físico establecido para las actividades que se realizan con las familias en AT.

En nuestro cuestionario preguntábamos si en el centro existía algún espacio físico establecido para realizar actividades con las familias, pues consideramos que la existencia de ese espacio puede favorecer el que se realicen más actividades o puedan colaborar otros profesionales que no sean del centro.



**Gráfico nº 27: Espacio en el centro para actividades con las familias**

Por ámbitos, en la muestra encuestada un 40,86% de los profesionales del ámbito educativo afirman que existe un espacio establecido para las actividades con las familias, mientras que un 32,93% de los profesionales del ámbito social dicen disponer de ese espacio en el centro.



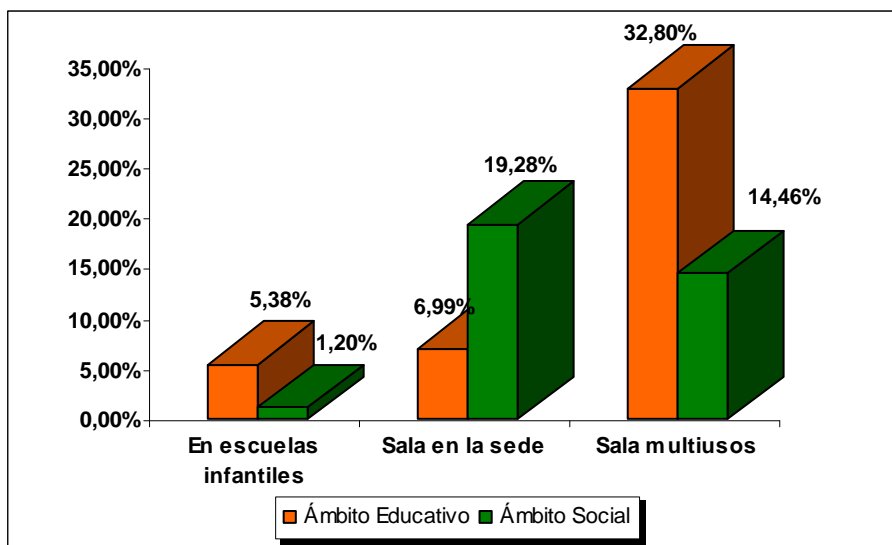
**Gráfico nº 28: Espacio en el centro para actividades con las familias, por ámbitos de AT**

Respecto a ese espacio físico establecido para realizar actividades con las familias, encontramos que los profesionales hacen referencia:

En el ámbito educativo, con un 32,80% de respuestas señalan que ese espacio es una salamultiusos, un 6,99% de respuestas señalan que ese espacio esta en los EAT y un 5,38% en las escuelas infantiles.

En el ámbito social, con un 14,46% de respuestas señalan que ese espacio es una salamultiusos.

Los profesionales de AT de nuestra muestra de estudio señalan más la existencia de ese espacio para las actividades con las familias, en los Equipos de Atención Temprana, en las Escuelas Infantiles (ámbito educativo) y en la Casa de Niños que en los Centros de Atención Temprana y Centros Base (ámbito social).



**Gráfico nº 29: Localización del espacio para las actividades con las familias**

El contraste estadístico que nos ofrece la prueba *Chi-Square* entre estas dos variables (correspondientes a los ítems 9 y 7.2 de nuestro cuestionario) pone de manifiesto la relación entre ambas con un valor  $p < 0,01$ . El test exacto de Fisher corrobora esta relación con un valor 0,02 que muestra la fuerte relación. La existencia de un espacio que los profesionales señalan como "salamultiusos" permite realizar las actividades para familias anualmente

En resumen podemos afirmar en nuestra muestra de estudio lo siguiente:

*Un 91,27% de los profesionales de AT de nuestra muestra disponen en su horario laboral de un tiempo específico y explícito para atender a las familias. Aceptamos por tanto la subhipótesis 5.1 diciendo que si existe un tiempo en el horario laboral para atender a las familias.*

*Existen diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tienen los profesionales para atender a las familias en función de los ámbitos de AT: el ámbito social es en el que los profesionales afirman disponer de más tiempo (94,09%) que el educativo (84,34%).*

*Un 69,70% de profesionales del ámbito social afirman disponer de 3 horas en su horario laboral para atender a las familias. En el ámbito educativo un 68,21% de profesionales afirman disponer de 1 hora.*

*El mayor tiempo disponible de los profesionales a devolver información a los padres sobre el niño se da en el ámbito social. La información que comparten con los padres, tanto en el ámbito social como educativo, es sobre las actividades realizadas (67,47% y 67,20% respectivamente).*

*Sólo un 39,78% del total de los profesionales encuestados afirman que sí existe un espacio físico establecido para las actividades que se realizan con las familias en los ámbitos de AT. Aceptamos la subhipótesis 5.2 señalando que la existencia de este espacio no es generalizado, particularmente en el ámbito social).*

*Existe relación entre la periodicidad con que se realizan las actividades formativas para las familias y el que exista un espacio físico establecido en la institución.*

#### **Hp. 6: Los profesionales de AT tienen formación específica en intervención familiar.**

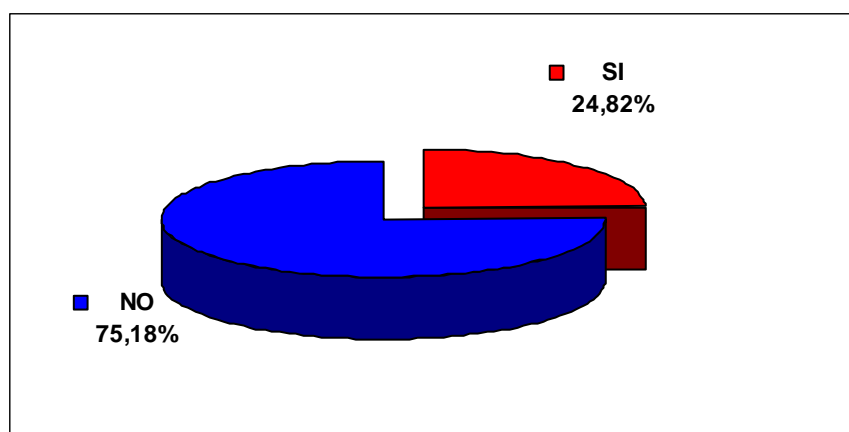
En nuestro estudio preguntamos:

1. Sobre si los profesionales que desempeñan funciones propias de AT poseen formación específica en Intervención Familiar.
2. Sobre si esta formación específica en intervención familiar, en el caso de no tenerla, les gustaría recibirla para poder trabajar con las familias.

- 
3. Sobre si en su centro de trabajo existe una planificación de la formación continua de los profesionales en AT.

El análisis descriptivo de la P.10 nos muestra que sólo un 24,82% de los profesionales encuestados que trabajan en los distintos servicios y ámbitos de AT poseen formación específica en Intervención Familiar (Gráfico nº 30).

### FORMACIÓN EN INTERVENCIÓN FAMILIAR



**Gráfico nº 30: Formación específica en intervención familiar en AT**

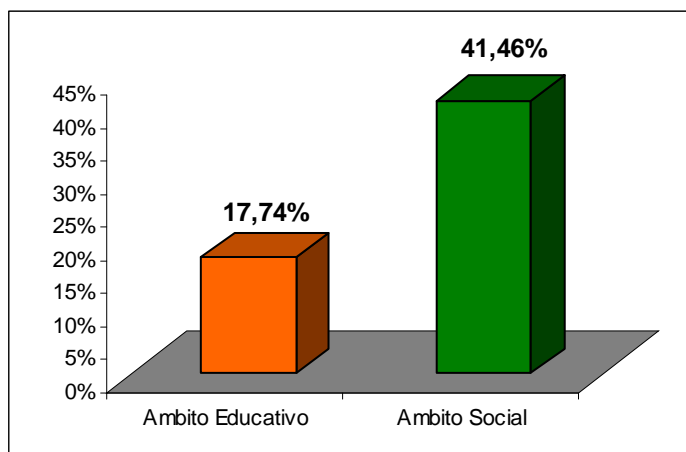
**Subhipótesis nula 6.1:** No existen diferencias en los distintos ámbitos de AT respecto a la formación específica en intervención familiar de los profesionales.

Para contrastar las posibles diferencias entre los distintos ámbitos de AT al respecto de la formación específica en intervención familiar recibida, establecimos esta hipótesis nula sobre las no diferencias entre ellos. Encontramos que el mayor porcentaje de profesionales que han recibido formación específica en intervención familiar corresponde al ámbito social (41,46%). En el ámbito educativo sólo un 17,74% manifiesta tener formación específica en intervención familiar. El valor encontrado en la prueba *Chi-Square* de  $p < 0,03$  indica una relación significativa.

Las respuestas encontradas en el ítem "no he recibido formación" son mayoritarias en el ámbito educativo 82,26% frente a 58,54% en el ámbito social

Estos resultados podemos verlos a continuación, en el Gráfico nº 31.

### FORMACIÓN EN INTERVENCIÓN FAMILIAR POR ÁMBITOS EN AT



**Gráfico nº 31: Formación en intervención familiar por ámbitos en AT**

Estos resultados no se encuentran en concordancia con los datos obtenidos sobre ámbito donde se realizan más actividades formativas para las familias (hipótesis empírica nº 3) que apuntaba al ámbito educativo como los que mayor formación familiar tienen en AT.

**Subhipótesis nula 6.2:** No existe relación entre la formación en intervención familiar que tienen los profesionales y la temporalización de las actividades formativas que se realizan para las familias

Si relacionamos la formación de los profesionales en intervención familiar con la periodicidad mensual y trimestral con la que establecen las actividades formativas para las familias encontramos una relación significativa estadísticamente con  $p < 0,01$  y  $p < 0,03$  en *Chi-Square* con lo que rechazamos la subhipótesis nula 6.2 afirmando que sí existe relación entre formación en intervención familiar de los profesionales y la temporalización de las actividades formativas que se realizan para las familias

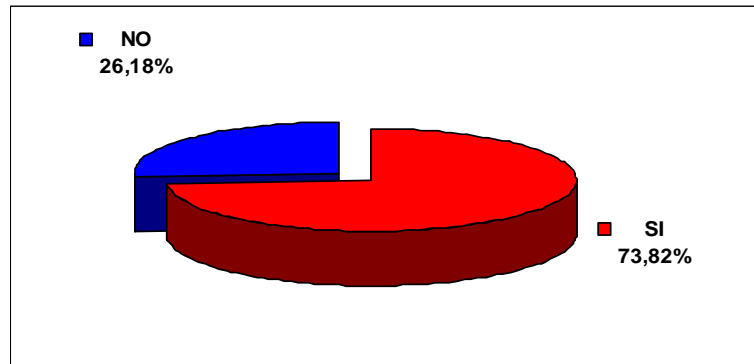
#### ▪ EXPRESAN DESEOS DE RECIBIR FORMACIÓN PARA TRABAJAR CON LAS FAMILIAS

En nuestro cuestionario preguntamos si les gustaría recibir formación específica para trabajar con las familias, pues consideramos que esta formación específica puede favorecer mayores actuaciones con las familias.

---

En la muestra encuestada un 73,82% de los profesionales afirman que les gustaría recibir formación específica para el trabajo con las familias, mientras que sólo un 26,18% no les gustaría recibir esa formación.

#### **DEMANDA DE FORMACIÓN ESPECÍFICA**



**Gráfico n° 32: Demanda de los profesionales**

Por ámbitos tanto los profesionales del ámbito social (72,29%) como los del ámbito educativo (76,34%) afirman que les gustaría recibir formación específica para trabajar con las familias. No existiendo diferencias por ámbitos a este respecto

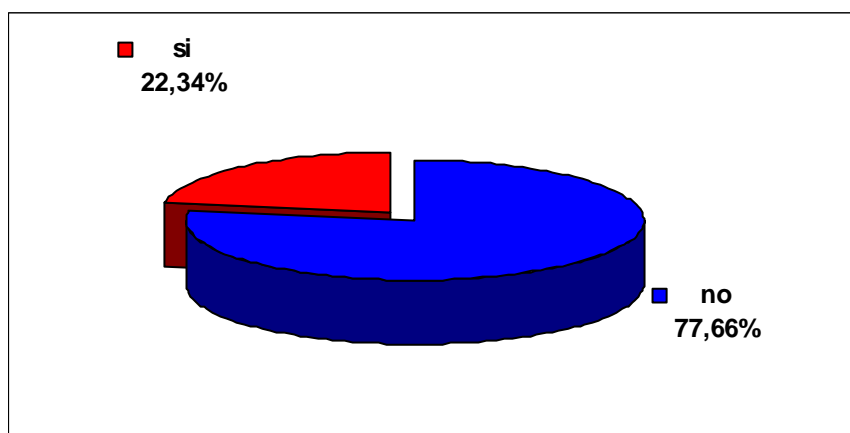
#### **▪ PLANIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUA DE LOS PROFESIONALES**

En nuestro cuestionario también preguntamos si hay una planificación de la formación continua de los profesionales en el centro.

Encontramos que:

- Sólo un 22,34% de los profesionales de AT dicen haber una planificación de la formación continua de los profesionales en el centro, lo cual indica que desde la organización del centro no se planifica la formación de los profesionales para poder atender a las necesidades del centro (Gráfico n° 33)

### PLANIFICACIÓN FORMACIÓN CONTINUA PROFESIONALES



**Gráfico nº 33: Planificación de la formación continúa de los profesionales**

Existen diferencias por ámbitos respecto a la planificación de la formación continua de los profesionales. Es el ámbito social el que afirma realizar una mayor planificación de la formación continua de los profesionales en AT en un porcentaje mayor de respuestas afirmativas (39,51%) que el resto del ámbito profesional educativo (12,37%). La relación no resulta estadísticamente significativa en nuestra muestra.

Estos datos manifiestan en nuestra muestra que:

*Sólo un 24,82% de los profesionales encuestados poseen formación específica en Intervención Familiar, por lo que rechazamos la Hipótesis Empírica nº 6, incidiendo en que el porcentaje de profesionales de AT sin formación específica en intervención familiar es elevado (un 75,18%)*

*Existen diferencias significativas, por ámbitos de AT, respecto a la formación que poseen los profesionales en intervención familiar: (Rechazamos la subhipótesis nula 6.1):*

*-El ámbito educativo es el que menos formación específica en intervención familiar posee (17,74%) y además les gustaría recibir esa formación el 76,34%.*

*Los profesionales del ámbito social poseen más formación específica en intervención familiar (41,46%), y además les gustaría recibir esa formación en un alto porcentaje el 72,29%.*

---

*Existe relación entre formación en intervención familiar de los profesionales y la temporalización de las actividades formativas que se realizan para las familias.*

*Sólo un 22,34% de los profesionales de AT señalan que existe una planificación de la formación continua de los profesionales en el centro.*

*Existen diferencias entre ámbitos de AT en cuanto a la planificación de la formación continua de los profesionales, siendo el ámbito social el que más planifica.*

**Hp. 7: los profesionales de los distintos ámbitos de AT disponen de procedimientos para detectar las necesidades de las familias.**

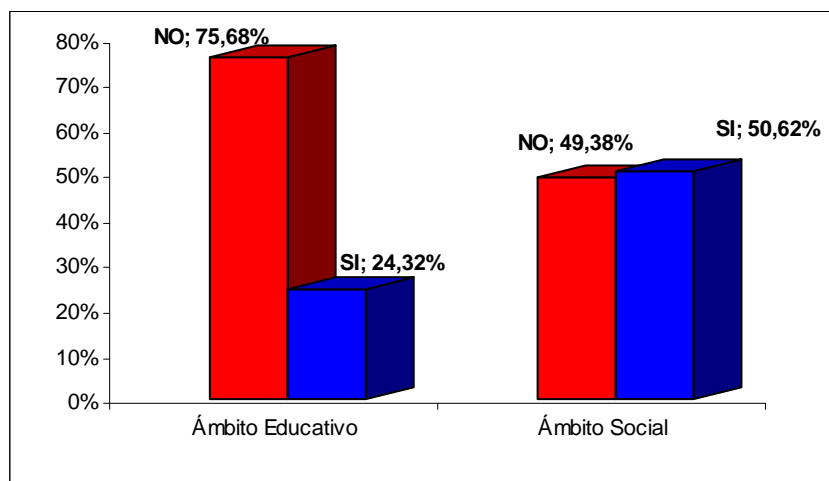
Preguntamos a los profesionales de nuestra muestra si tienen algún recurso (documento escrito: cuestionario, buzón de sugerencias....) para detectar las necesidades de las familias. Hemos incluido esta cuestión porque es un aspecto relevante para una buena planificación y gestión de las actividades de formación familiar, tarea en la que, precisamente se pone de manifiesto, entre otras consideraciones, el grado de participación de las familias que luego pueda existir y que anteriormente hemos analizado.

A este respecto, los datos indican que las valoraciones más negativas corresponden al ámbito educativo, un 75,68% consideran que no existen procedimientos para detectar las necesidades de las familias. Sólo un 24,32% de los profesionales afirman que si existen procedimientos.

En el ámbito social, esta valoración negativa de no existir procedimientos para detectar las necesidades de las familias el porcentaje disminuye, aparece en un 49,38%. Siendo el 50,62% de los profesionales quienes afirman que existen procedimientos para detectar las necesidades de las familias.

Encontramos diferencias significativas en esta valoración por ámbitos ( $\chi^2=53,105$ ;  $p=0,000$ )





**Gráfico nº 34: Empleo de procedimientos para detectar necesidades de las familias por ámbitos de AT**

También quisimos constatar que miembros de la familia demandan participar en actividades formativas. En el análisis por ámbitos de AT (Tabla nº 53) muestra lo siguiente:

En el ámbito educativo un 62,90% de profesionales encuestados, afirman que son las madres las que más solicitan estas actividades. Un 29,57% de los profesionales afirman que esa demanda de actividades también la realizan los padres y un 3,23% son los abuelos. Sólo un 0,54% es por parte de los hermanos. Un 18,82% de los profesionales afirma que no existe ninguna demanda por parte de la familia.

En el ámbito social un 56,63% de las respuestas de los profesionales indica que son las madres las que mayoritariamente demandan estas actividades. Un 27,71 responde que son los padres. Existe también demanda por parte de los abuelos (4,82%) y hermanos (3,61%). El 9,64% de profesionales afirma que no hay demanda por parte de la familia

**Tabla nº 46: Familiar que demanda actividades de formación**

	ABUELOS	HERMANOS	PADRES	MADRES	NO HAY DEMANDA
<b>EDUCATIVO</b>	3,23%	0,54%	29,57%	62,90%	18,82%
<b>SOCIAL</b>	4,82%	3,61%	27,71%	56,63%	9,64%

---

Por tanto, para la muestra encuestada encontramos que:

*Existen diferencias estadísticamente significativas en el empleo de procedimientos para detectar las necesidades de las familias en función de los ámbitos de AT: el ámbito social es el que emplea más procedimientos (50,62%) y en el ámbito educativo sólo un 24,32%.*

*Los profesionales del ámbito educativo y social, mayoritariamente consideran que son las madres de los niños las que demandan actividades de apoyo y formación (62,90% y 56,63%). En ocasiones no hay ninguna demanda por parte de la familia.*

*Aceptamos la Hipótesis Empírica nº 7 al afirmar que sí existen procedimientos para detectar las necesidades de las familias, señalando que no es generalizada en el ámbito social y es baja, particularmente en el ámbito educativo.*

**Hp. 8: Existen diferencias en la opinión de los profesionales de AT respecto a los beneficios que encuentran en las actuaciones que se realizan con las familias.**

Preguntamos la opinión de los profesionales de AT respecto a la percepción de beneficios que aporta el centro a las familias con una respuesta abierta. Del análisis de respuestas en la pregunta p.15 obtenemos los siguientes resultados:

Todos los profesionales del ámbito educativo y social señalan beneficios de las actuaciones que se realizan con las familias.

El análisis por ámbitos de AT de los beneficios que el profesional considera de las actuaciones con la familia nos muestra lo siguiente:

- *Proceso de aceptación del niño y apoyo emocional a la familia* (un 69,88%) de los profesionales del ámbito social lo señalan como beneficio frente a los profesionales del ámbito educativo que señalan menos este beneficio (11,83%) respecto a las actuaciones que se realizan con las familias.

- *Asesoramiento sobre recursos: económicos, tratamientos, escolarización...*es un aspecto que lo señalan más los profesionales del ámbito social (21,69%) y no tanto en el ámbito educativo (3,23%).

- *Pautas de crianza en la educación* es un beneficio que señalan más los profesionales del ámbito educativo (75,27%) muy por encima de los profesionales del ámbito social (37,35%).

- *Información general sobre diagnóstico para comprender dificultades* es un beneficio que señalan en mayor porcentaje los profesionales del ámbito social (30,12%) pero también es señalado por los profesionales del ámbito educativo (25,27%)

- *Complemento de la educación familiar y creación de redes sociales para los padres* es un beneficio que señalan más los profesionales del ámbito educativo (51,08%) muy por encima de los profesionales del ámbito social (16,87%)

Resumimos a continuación estos resultados (Tabla nº 54)

### **BENEFICIOS QUE SEÑALAN LOS PROFESIONALES EN AT**

**Tabla nº 47: Diferencias entre los ámbitos de AT en cuanto a los beneficios que señalan los profesionales de AT**

	PROCESO DE ACEPTACIÓN	ASESORAMIENTO SOBRE RECURSOS	PAUTAS DE CRIANZA	INFORMACIÓN DIAGNÓSTICO	COMPLEMENTO EDUCACIÓN FAMILIAR
EDUCATIVO	11,83%	3,23%	75,27%	25,27%	51,08%
SOCIAL	69,88%	21,69%	37,35%	30,12%	16,87%

El contraste estadístico que nos ofrece la prueba *Chi-Square* entre estas variables no muestra ninguna relación entre ambas.

La mayoría de los profesionales del ámbito educativo señalan como beneficios de las actuaciones con las familias el proporcionar pautas de crianza (un 75,27%) y ser un complemento de la educación familiar (51,08%), que va a permitir también crear redes sociales para los padres.

En el ámbito social los profesionales mayoritariamente señalan como beneficios

Los datos obtenidos en la muestra encuestada nos permiten afirmar que:

*Todos los profesionales del ámbito educativo y social señalan beneficios de las actuaciones que se realizan con las familias. En el ámbito social los profesionales afirman que su mejor aportación como profesional al atender a la familia son los aspectos relativos a la aceptación del niño y apoyo emocional (un 69,88%).*

*En el ámbito educativo los profesionales afirman que su mejor aportación al atender a la familia son los aspectos relativos a pautas de crianza en la educación (75,27%).*

*Existen diferencias en la opinión de los profesionales de AT, por lo que aceptamos la Hipótesis nº8.*

**Hp.9: Existen diferencias en la percepción, por parte de los profesionales, de variables que pueden favorecer actividades de formación para las familias en AT.**

Los resultados que presentamos en la hipótesis Empírica nº 1, ya indican que los profesionales consideran como una medida preventiva en AT, la formación de las familias.

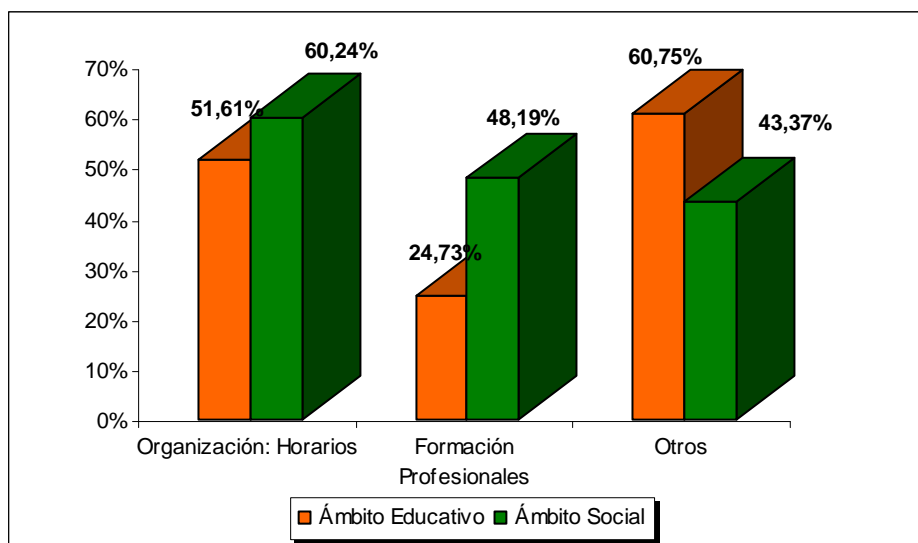
En nuestro cuestionario preguntamos a los profesionales motivos,... que pueden favorecer la formación para familias en el centro de AT. Nos interesa conocer posibles necesidades de los profesionales, a este respecto, con una propuesta cerrada: organización (horarios, duración...), ampliar formación profesionales y "otros" (recursos económicos, colaboración familias...).

Analizando las respuestas obtenidas por parte de los profesionales de AT en el ítem P.14 (¿que fomentaría para que se pueda realizar actividades de formación para las familias?) del cuestionario del estudio encontramos que:

La variable que más señalan los profesionales del ámbito educativo es "otros" (recursos económicos, colaboración de las familias) (60,75%), seguido de flexibilizar la organización (51,61%) y formación de lo profesionales (24,73%).

Los profesionales del ámbito social son los que más solicitan "flexibilizar la organización" (60,24%), seguido de ampliar formación de los profesionales (48,76%) y en último lugar "otros" (43,37%).

Estos datos apuntan a la existencia de diferencias por ámbitos de AT en las variables que pueden favorecer las actividades de formación para familias en AT, lo que nos lleva al análisis descriptivo del siguiente punto (Gráfico nº 35).



**Gráfico nº 35: Variables que pueden favorecer actividades de formación para las familias**

Según estos datos obtenidos en nuestro estudio:

*Aceptamos la Hipótesis Empírica nº 9 afirmando que existen diferencias en la percepción por parte de los profesionales en las propuestas y sugerencias de mejoras que puedan favorecer actividades de formación para las familias en AT.*

*Los profesionales del ámbito social son los que más solicitan "flexibilizar la organización del centro" (60,24%).*

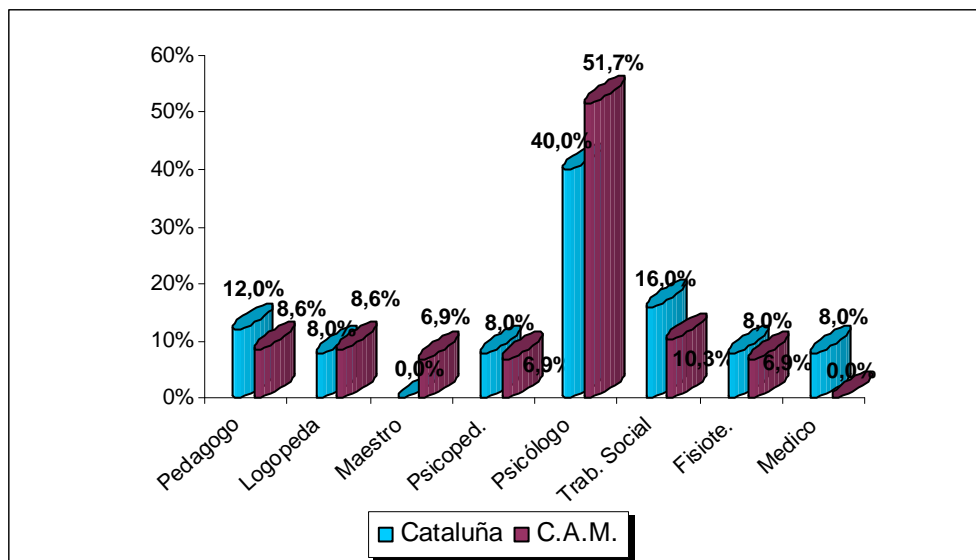
*La variables de "otros" (recursos económicos, colaboración de las familias...) es la más señalada por los profesionales del ámbito educativo (60,75%).*

#### **Hp.10: Existe un perfil profesional distinto en los equipos de los centros de Atención Temprana en la CAM y Cataluña.**

En el análisis descriptivo de la titulación del profesional de la muestra encontramos los siguientes porcentajes en cada una de las ciudades:

En los CDIAP de Cataluña, el perfil profesional de la muestra tiene la titulación de psicología (un 40%), el 16% la titulación del profesional es Trabajador Social, seguido de un 12% con la titulación de Pedagogía y con un mismo porcentaje, el 8%, aparece la titulación de los profesionales de la muestra en Medicina, Logopedia, Psicopedagogía y Fisioterapia.

En los centros de AT de la CAM, mayoritariamente la titulación de los profesionales de la muestra es psicología, un 51,72%, el 10,34% la titulación del profesional es Trabajador Social, seguido de un 8,62% con la titulación de Pedagogía y Logopedia, y con un porcentaje menor, el 6,90% con la titulación de Magisterio y Fisioterapia. Estos resultados los podemos apreciar en el Gráfico nº 36.



**Gráfico nº 36: Profesionales de los equipos de los centros de Cataluña y CAM.**

En los centros de AT de la CAM la titulación de medicina no aparece en el perfil profesional de los equipos de estos centros. Por otro lado, en los CDIAP de Cataluña la titulación de magisterio no aparece en el perfil profesional de los Equipos de estos centros.

Teniendo en cuenta estos resultados en la muestra encuestada entendemos que:

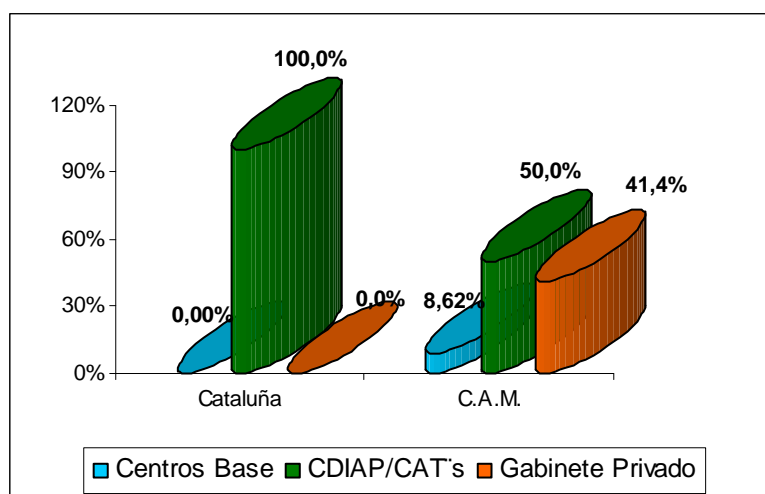
*La configuración de los equipos de los centros de Atención Temprana de la CAM y Cataluña varía en dos perfiles profesionales: medicina y magisterio. Existe un perfil profesional distinto en los equipos de los centros del ámbito social en la CAM y Cataluña (Aceptamos la Hipótesis nº 10).*

*La titulación de Magisterio forma parte del perfil profesional de los equipos de los centros de AT en la CAM, no apareciendo esa titulación en los profesionales de los CDIAP de Cataluña.*

*La titulación de Medicina forma parte del perfil profesional de los equipos de los CDIAP de Cataluña, no apareciendo esa titulación en los profesionales de los centros de AT de la CAM.*

**Hp.11: El número de familias atendidas en los CDIAP de Cataluña es mayor que en los centros de AT de la CAM.**

En nuestra muestra de estudio, de un total de 83 centros, 25 centros de Cataluña (CDIAP, 100%) y 58 centros de la CAM, siendo un 50% CATs, un 41,38% son centros que hemos denominado gabinetes privados, por ser centros que en su financiación no tienen concierto con la administración y un 8,62% de los centros de la muestra son Centros Base.



**Gráfico n° 37: Descripción de la muestra de centros de Cataluña y CAM**

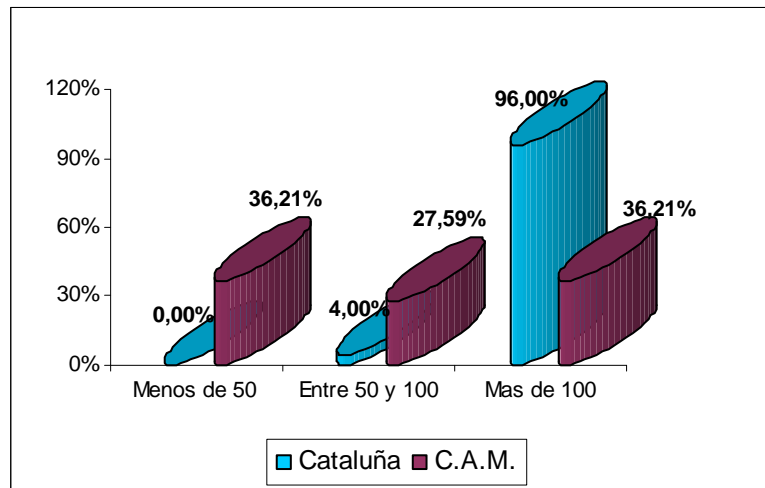
En cuanto al número de familias atendidas en el centro, comprobamos en el análisis descriptivo de los centros del ámbito social por ciudades que:

En Cataluña, el 96% de los profesionales de la muestra afirman que el centro atiende a más de 100 familias, sólo un 4% de los profesionales contestaron que en el centro atiende entre 50 y 100 familias. En nuestra muestra de CDIAP de Cataluña, no tenemos centros que atiendan a menos de 50 familias.

En la CAM, el 36,21% de los profesionales de la muestra afirman que el centro atiende a más de 100 familias, con un mismo porcentaje (36,21%) los

profesionales contestaron que el centro atiende a menos de 50 familias. Un 27,59% de los profesionales señalan que el centro atiende entre 50 y 100 familias.

El Gráfico nº 38 pone de manifiesto que los centros de Cataluña atienden a un mayor número de familias, lo que seguramente guarda relación con la estructura y los recursos de estos centros.



**Gráfico nº 38: N° de familias atendidas en los centros**

Estas diferencias, que apreciaremos también en algunos otros aspectos de organización, deben servirnos para explorar distintas hipótesis explicativas sobre dichas diferencias, algunas de las cuales pueden tener que ver con las “políticas” tanto de las administraciones competentes, como de los propios centros al respecto, condicionadas estas últimas, ciertamente por los recursos y la estructura de los propios centros.

Podemos afirmar en nuestra muestra de estudio lo siguiente:

*Un 96% de los centros de AT del ámbito social de Cataluña atienden a más de 100 familias en los distintos servicios. Solo un 36,21% de los centros de la CAM atienden a más de 100 familias en los distintos servicios. El número de familias atendidas en los centros de Cataluña (CDIAP) es mayor que en los centros de la CAM (Aceptamos la Hipótesis Empírica nº 11)*



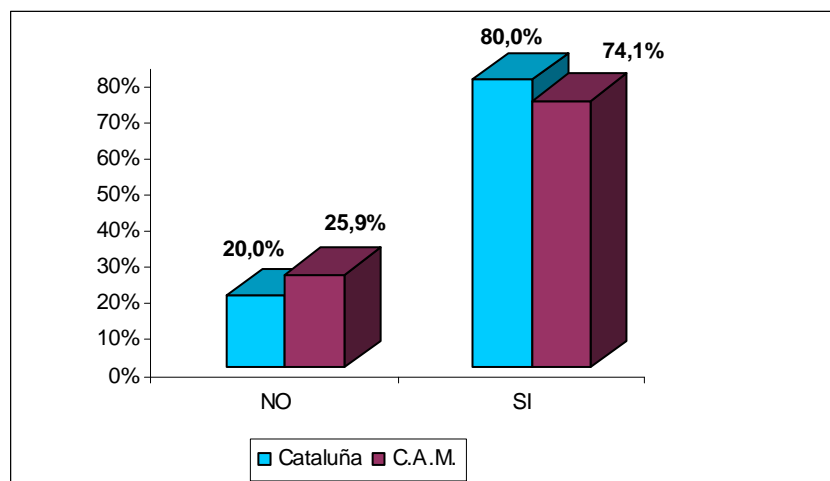
**Hp.12: Existe un sistema de protocolización para los procesos de intervención familiar mayor en los CDIAP de Cataluña.**

Ya hemos señalado que la existencia y empleo de protocolos de intervención familiar, en los distintos procesos de la AT, es un indicador del grado de formalización y sistematización en la intervención que se lleva a cabo con las familias y constituyen un instrumento importante que ayuda a regularizar la intervención.

Vamos a ir analizando los resultados para conocer los protocolos existentes en el los centros de AT en la CAM y CDIAP de Cataluña, en cada uno de los procesos de intervención: proceso de apoyo/asesoramiento y formación.

Los resultados muestran que, un 80% de los profesionales de los CDIAP de Cataluña, afirman disponer de protocolos para los procesos de intervención familiar. Un porcentaje, también alto, de profesionales de los centros de AT de la CAM (un 74,14%) afirman disponer de protocolos para los procesos de intervención familiar.

**PROTOCOLOS PARA LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR**



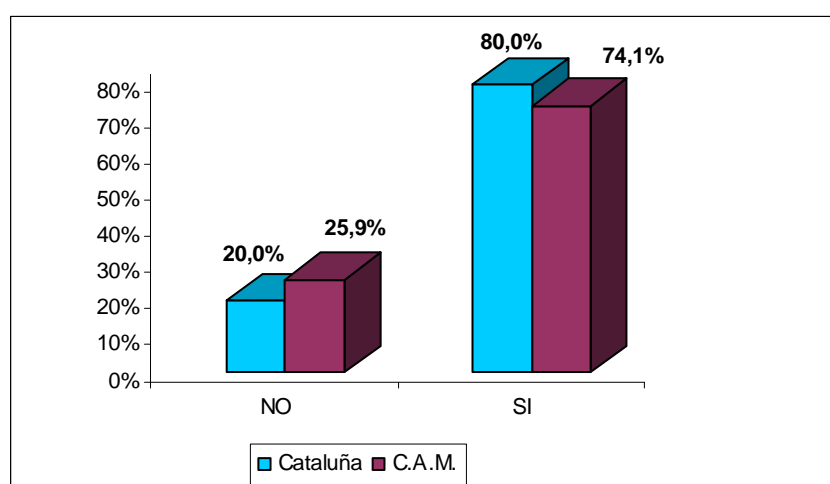
**Gráfico nº 39: Protocolos para los procesos de intervención familiar**

Por comunidad, es importante señalar que las diferencias no son significativas en cuanto al empleo de protocolos de apoyo ( $p=0,09$ ) y formación ( $p=0,08$ ) (Gráfico nº 40)

En cuanto a los protocolos de apoyo, los resultados obtenidos indican que, en Cataluña un 67,24% de los profesionales afirman disponer de protocolos para apoyar/asesorar a las familias, mientras que un 48% de los profesionales de los centros de AT de la CAM responden disponer de protocolos de apoyo.

Si atendemos a los protocolos para la formación de las familias, en los CDIAP de Cataluña el 28% de los profesionales afirman disponer de protocolos para la formación familiar, mientras que un 22,41% de profesionales de los centros de AT de la CAM responden disponer de protocolos para la formación familiar.

#### **DISTRIBUCIÓN DE LOS PORCENTAJES RELATIVOS A PROTOCOLOS DE APOYO Y FORMACIÓN**



**Gráfico nº 40: Distribución de los porcentajes relativos a protocolos de apoyo y formación**

Estos resultados nos permiten afirmar que:

*En relación con la protocolización de la intervención familiar, son los profesionales de los CDIAP de Cataluña quienes utilizan más protocolos en los procesos de intervención familiar, el 80%.*

*No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto al empleo de protocolos de apoyo y formación, apuntando una tendencia clara a una mayor protocolización en los CDIAP de Cataluña tanto para el apoyo familiar como para los procesos de formación familiar. Existe un sistema de protocolización de los procesos de intervención familiar mayor en los CDIAP de Cataluña (Aceptamos la Hipótesis Empírica nº 12)*

**Hp.13: Existen diferencias en las actividades formativas que ofertan para familias los CDIAP y centros de AT de la CAM.**

En relación a las actividades formativas para familias, que se llevan a cabo en AT por comunidad los resultados, muestran que:

En los CDIAP de Cataluña, las actividades formativas para familias, que más afirman realizar los profesionales, son grupos de apoyo (72%) y Jornadas, seminarios (56%). En cuanto a las actividades formativas, menos realizadas, son Escuela de padres (un 16%) y Terapia Familiar (4%).

En los centros de AT de la CAM (CATs y Centros Base), las actividades formativas para familias, que más afirman realizar los profesionales, son Terapia familiar (19,28%) y Grupos de apoyo (15,52%).

Estos datos se aprecian más claramente en la siguiente tabla donde presentamos una comparativa entre las actividades formativas para familias que se realizan en AT por comunidad (Cataluña - CAM) (Tabla nº 55).

**Tabla nº 48: Comparativa entre centros de AT por comunidad respecto a las actividades formativas para familias que realizan.**

	ESCUELA DE PADRES	TERAPIA FAMILIAR	GRUPOS DE APOYO	JORNADAS, SEMINARIOS
<b>CATALUÑA</b>	16%	4%	72%	56%
<b>C.A.M</b>	-	19,28%	15,52%	-
<b>DIFERENCIAS</b>	P=0,2 No significativo	P=0,02 Diferencias significativas	P=0,02 Diferencias significativas	P=0,09 No significativo

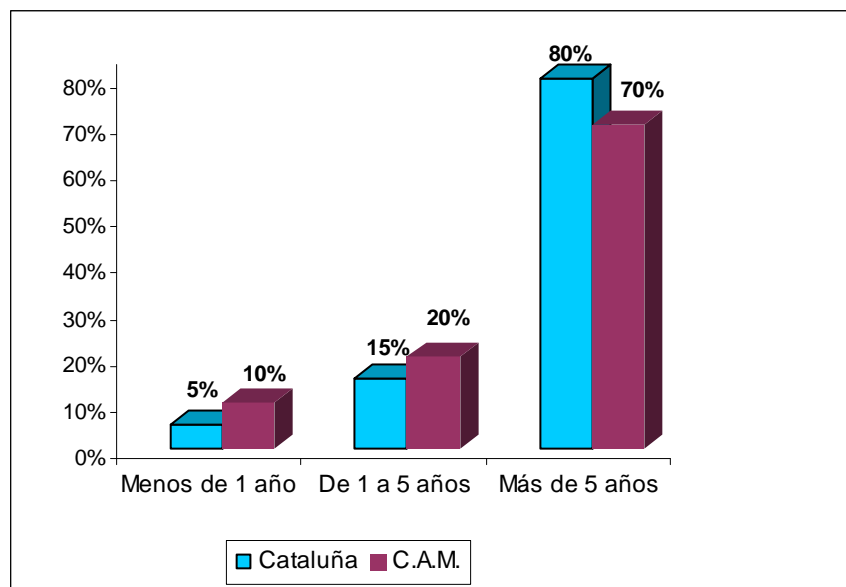
Como vemos, existen diferencias estadísticamente significativas entre los CDIAP de Cataluña y los centros de AT de la CAM, en cuanto a las actividades formativas, Terapia Familiar (más frecuente en los centros de AT de la CAM) y Grupos de Apoyo (más frecuente en CDIAP de Cataluña)

**Subhipótesis 13.1:** Existen diferencias significativas entre los CDIAP y los centros de AT de la CAM y el tiempo que se llevan realizando las actividades para las familias.

Los resultados muestran que:

Un alto porcentaje de profesionales de los CDIAP de Cataluña afirman que la formación para las familias se lleva realizando desde hace más de 5 años (80%). Un 15% de los profesionales afirma que se lleva realizando entre 1 y 5 años mientras que, sólo el 5% de los profesionales afirma que se lleva realizando desde hace menos de 1 año.

En los centros de AT de la CAM el 65% de los profesionales contesta que se lleva realizando formación con las familias desde hace más de 5 años. Un 27,50% responde que entre 1 a 5 años y un 7,50% responde llevan menos de 1 año.



**Gráfico nº 41: Datos del tiempo que se llevan realizando las actividades de formación familiar**

Por tanto, analizando los datos obtenidos en nuestra muestra, en relación a las actividades formativas y el tiempo que llevan realizándolas los profesionales en los centros de AT, podemos afirmar que:

*En los CDIAP de Cataluña las actividades formativas para familias que más se realizan son Grupos de apoyo y Jornadas, seminarios (72% y 56% respectivamente).*

*En los centros de AT de la CAM las actividades formativas para familias que más se realizan son Terapia Familiar y Grupos de apoyo (19,58% y 15,52%).*

*Aceptamos la Hipótesis Empírica nº 13 afirmando que existen diferencias en las actividades formativas para familias, entre los CDIAP de Cataluña y centros de AT de la CAM.*

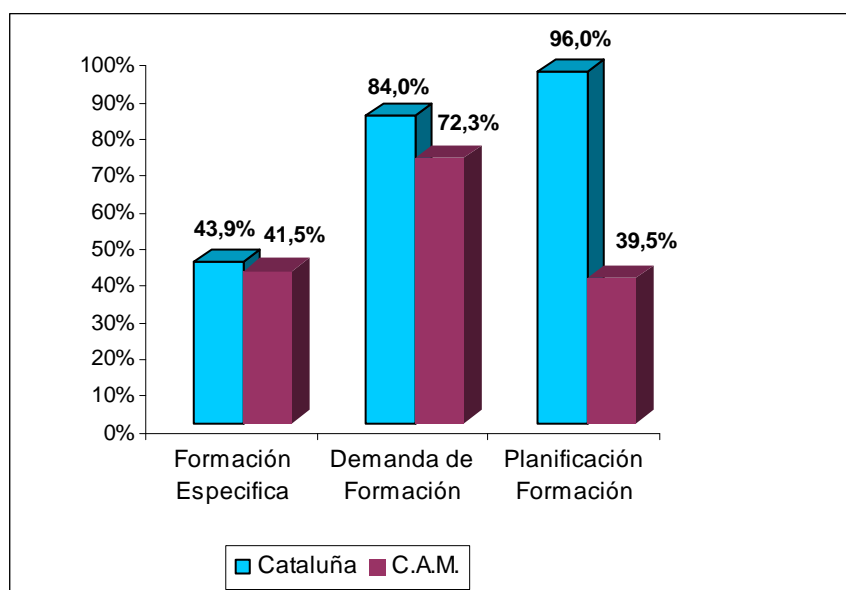
*No existen diferencias significativas en el tiempo que llevan implantados*

**Hipótesis 14: Existe una mayor formación en intervención familiar y planificación de la formación continua de los profesionales que trabajan en los CDIAP de Cataluña.**

Por Comunidades:

En los CDIAP de Cataluña, un 43,9% de los profesionales encuestados indican que han recibido formación específica en intervención familiar. Un 84% demandaría ampliar esa formación. Respecto a la planificación que hace el centro para la formación continua de los profesionales, prácticamente todos los profesionales consideran que si se hace (96%).

En los centros de AT de la CAM, en la muestra encuestada un 41,5% de los profesionales afirman haber recibido formación específica en intervención familiar. Un 72,3% demandaría ampliar esa formación, si bien parece que sólo un 39,5% de los profesionales de la CAM consideran que el centro planifica la formación continua de los profesionales.



**Gráfico nº 42: Formación específica, demanda y planificación de formación de los profesionales en los centros de Cataluña y CAM**

---

Estos datos manifiestan en nuestra muestra que:

*Existen diferencias por comunidades respecto a la formación que poseen los profesionales en intervención familiar. Un 43,9% de los profesionales de los CDIAP de Cataluña tienen formación específica en intervención familiar, frente a un 41,5% de los profesionales de los centros de AT de la CAM. Las diferencias no son significativas.*

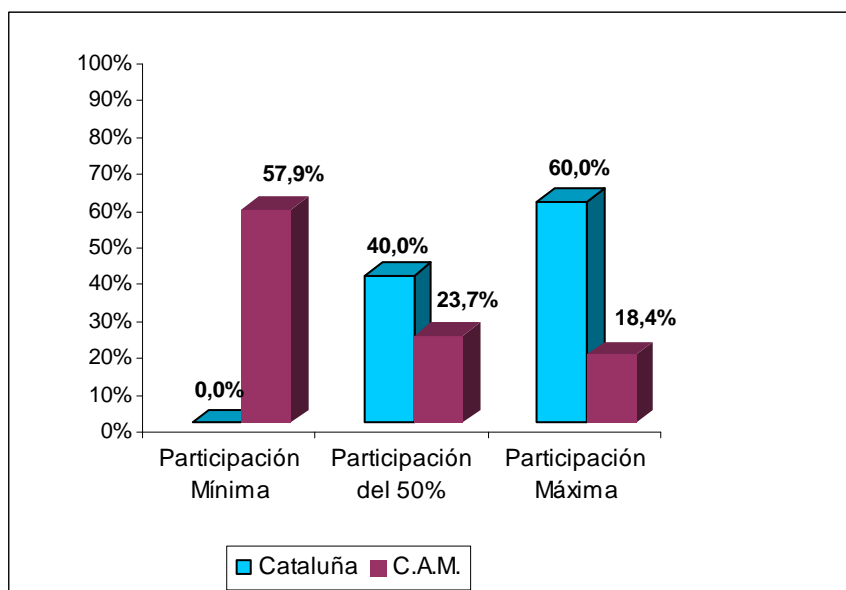
*Son los CDIAP quienes mayoritariamente planifican la formación continua de los profesionales en los centros (96%). Sólo un 39,5% de los profesionales de AT de la CAM indican que desde la organización del centro se planifica de la formación de los profesionales para poder atender las necesidades del centro (Aceptamos la Hipótesis Empírica nº 14).*

**Hipótesis 15: Existe una mayor participación de las familias en las actividades formativas realizadas en los CDIAP de Cataluña.**

En cuanto a si los profesionales de nuestra muestra consideran que las familias participan en las actividades de formación que se realizan en el centro, como se puede apreciar en el gráfico nº 43 por Comunidades Autónomas:

- El 60% de los profesionales de los CDIAP de Cataluña consideran que hay una participación máxima de la familia, un 40% señalan que la participación es del 50% y ninguno de los profesionales considera que la participación de la familia sea mínima.
- Sólo un 18,4% de los profesionales de los centros de AT de la CAM consideran que hay una participación máxima de la familia, un 23,7% indican que la participación es del 50% y, más de la mitad, un 57,9%, considera que la participación de la familia es mínima.

### **PARTICIPACIÓN DE LAS FAMILIAS EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN POR COMUNIDAD**



**Gráfico nº 43: Participación de las familias en las actividades de formación por Comunidad Autónoma**

Estos resultados nos permiten afirmar que:

*Aceptamos la Hipótesis Empírica nº 15 afirmando que existe una mayor participación de las familias en las actividades formativas realizadas en los CDIAP de Cataluña.*

## **7. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS**

Se presentan a continuación los resultados obtenidos, organizados conforme a las dimensiones de análisis planteadas, que se concretan en las cinco variables del estudio, reflejadas en las hipótesis y en el cuestionario aplicado:

- Sensibilización de los profesionales de AT respecto a las actuaciones que desarrollan con las familias.
- Aspectos organizativos: evaluada a través de la formalización y planificación de la atención a la familia, actividades formativas, periodicidad, grado de participación, espacios y tiempos para atender a los padres.

- 
- Conocer la formación que tienen los profesionales de AT en intervención familiar y la demanda de formación en esta materia expresada por los profesionales.
  - Comprobar si existen diferencias significativas en el ámbito social con otro modelo de AT: el modelo de Cataluña.

Con todo ello hemos tratado de dar respuesta a las preguntas que planteamos como objeto de estudio.

### **1. Sensibilización de los profesionales respecto a las actuaciones de apoyo a las familias**

En la última década, cada vez nos vamos encontrando más la implantación de sistemas de calidad en el campo específico de la Atención Temprana (FEAPS, 2001; Grupo de Atención Temprana, 2000; Martínez Segura, García Sánchez, Mendieta y Caballero, 2003; Millá, 1999, 2003, 2004, 2005; Peterander, 1998, 1999; Ponte, 2004).

Se han ido desarrollando diversas acciones, que ya hemos señalado en la publicación de diferentes manuales, guías y estudios sobre el análisis de la calidad, fundamentados desde la perspectiva de las familias.

Pero en este camino a recorrer de mejora de la AT, es necesario no descuidar a los profesionales. Debemos transmitir, atender las demandas, expectativas, validar las sugerencias que puedan hacer, así como sus necesidades, de un agente importante y clave para la Atención Temprana como son los propios profesionales.

Respecto a buscar la **identificación de la opinión de los profesionales que trabajan en los distintos centros y servicios implicados en AT**, el objetivo era disponer de una información de primera mano sobre aspectos relacionados con la atención a las familias (puntos fuertes y débiles) y también el grado de importancia que otorgan a distintos aspectos sobre los que se les pregunta.

En nuestro estudio hay un alto porcentaje de profesionales con alta experiencia.

- **La formación familiar es una necesidad:** Existe una alta percepción de la necesidad de realizar formación a las familias en AT en todos los ámbitos como acción preventiva. En el ámbito educativo y social encontramos que, la totalidad de los profesionales de AT encuestados consideran como una medida preventiva la formación familiar en AT (un 99,43% y un 97,56%), lo que supone una buena disponibilidad para participar y desarrollar esas actividades. Un profesional que



siente una profunda necesidad, de alguna manera, también va a tener una buena predisposición.

La necesidad de formación se pone de manifiesto en los dos ámbitos si bien, la pequeña diferencia la establece el ámbito social donde un 2,44% de profesionales encuestados consideran necesario llevar a cabo "otras" actuaciones. Son muchos los aspectos susceptibles de ser analizados en este "otros" (legislación, recursos, planificación...) y por ello, era imposible incluir todos ellos en un simple cuestionario que, ya que dejaría de ser funcional para el logro de los objetivos de investigación que se persiguen.

Nos situamos en un Nivel II de los dos planteados en el planteamiento del estudio, comprobamos que los profesionales de AT, un 100%, encuentran que el **grado de atención a la familia tiene una influencia positiva en el desarrollo del niño.**

Así pues, los profesionales entienden que **la familia debe ser un colaborador necesario para conseguir muchos de los objetivos que nos proponemos** con el niño y que esa familia es el responsable tutor y protagonista para el futuro del niño.

De acuerdo con estos resultados, los profesionales de Atención Temprana valoran y entienden la importancia de la formación familiar, y a nivel técnico, hay una conciencia creciente de ayudar en la universalización de medidas de prevención primaria psicoeducativa (García Sánchez, 2002) y de la apertura de un modelo de trabajo con la infancia temprana desde una perspectiva global y psicosocial (Grupo de Atención Temprana, 2000, 2005).

Y por último preguntamos la opinión de los profesionales de AT respecto a la percepción de **beneficios que aporta el centro a las familias** con una respuesta abierta. Todos los profesionales consideran que el centro es beneficioso para la familia.

Apreciamos que los profesionales del ámbito social, mayoritariamente consideran, que su mejor aportación como profesional al atender a la familia son los aspectos relativos a la aceptación del niño y apoyo emocional a la familia (un 69,88%), información general sobre diagnóstico y asesoramiento sobre recursos: económicos, tratamientos, escolarización.

Sin embargo los profesionales del ámbito educativo señalan, que su aportación en la atención a la familia son los aspectos relativos a pautas de crianza en la educación (75,27%), complemento de la educación familiar y creación de redes sociales para los padres.

---

Esta valoración de los distintos profesionales sobre los beneficios de la atención a la familia en los distintos centros o servicios en AT, nos puede servir para entender las actividades de formación que se van a desarrollar en cada ámbito. En el ámbito educativo, dichas actuaciones podríamos pensar en el asesoramiento en nociones de calidad estimular, la facilitación de pautas educativas de diversa índole, la contribución al fomento de interacciones padres-niño de calidad, el desarrollo en los padres de estrategias de afrontamiento y solución de problemas en relación con la educación del niño y, por supuesto, la utilización del recurso educativo para la detección precoz de posibles necesidades de AT y su rápida derivación a la red disponible de Centros de Atención Temprana.

También va a ser necesario que, desde la gestión de los distintos centros y servicios de AT, sean sensibles con las opiniones expresadas por los profesionales y, se concrete en un mayor compromiso con sus propuestas e incluyéndolas en programas de formación para las familias.

## **2. Aspectos organizativos**

- **Protocolos para la intervención familiar en AT:** consideramos que la existencia y empleo de protocolos para la intervención familiar en AT, es un indicador del grado de formalización de la atención a la familia que se lleva a cabo y constituye un instrumento importante que ayuda a regularizar el trabajo y a consensuar modos de proceder.

Interpretamos los resultados obtenidos al respecto en nuestro estudio.

Un 40,73% de profesionales afirman disponer de protocolos para los procesos de intervención familiar (entrevista familiar). Es el ámbito social el que alcanza cifras más altas en este sentido frente al educativo, no existiendo diferencias significativas por ámbitos de AT. Por tanto, podemos afirmar que existen protocolos específicos para la intervención familiar en AT, pero no en número suficiente ni generalizados.

Se aprecian diferencias significativas por nº de familias atendidas en el centro, son los centros que atienden a un menor número de familias los que alcanzan cifras más altas en el empleo de protocolos para la intervención familiar. Estas diferencias pueden explicarse, por el menor número de casos atendidos lo cual permite una mayor coordinación y un mayor acuerdo entre los profesionales. Por otro lado, el menor número de familias atendidas permite a los profesionales una mayor organización y planificación de la atención a la familia.

Este dato hace reflexionar al respecto de la importancia de conocer, unificar y consensuar, entre los distintos centros o servicios de AT, no sólo para obtener datos, sino para enriquecernos con la interdisciplinariedad en la construcción de una "atención a la familia en AT con calidad". Deben ser bienvenidas y analizadas con rigor las propuestas de otros profesionales o centros.

Indicar la necesidad de que todos los centros de AT, independientemente del nº de familias atendidas, deberían tener formalizada la atención a la familia que se lleva a cabo.

- **Protocolos de apoyo:** sólo un 37,45% de los profesionales encuestados emplean protocolos para el apoyo a familia. Son los profesionales del ámbito social los que más les utilizan, aunque no están generalizados para todos los centros o servicios de AT. Estas cifras nos indican, por un lado, que aunque se atiende a la familia, no siempre se planifica y organiza, ni esta coordinada por los profesionales.

Las respuestas mayoritarias que se han obtenido ponen de manifiesto, que en las organizaciones, la atención a la familia es algo informal, o que presuponen que la capacidad de los profesionales para llevar a cabo esta compleja tarea, suple estas carencias organizativas.

La formación específica y la alta sensibilidad de los profesionales pueden ser dos factores clave, para poner en marcha la elaboración y aplicación de protocolos específicos para el apoyo a la familia y comunes a todos los ámbitos de AT.

- **Protocolos para la formación familiar:** en este punto buscábamos conocer si las actividades de formación familiar las incluyen en su planificación.

La gran mayoría de los profesionales de AT encuestados afirman que no se emplean protocolos para la formación familiar (un 88%) (documentación de temas para las escuelas de padres, evaluación de programas, requisito de formación para los grupos de apoyo "padre a padre" ).

Son los profesionales del ámbito social los que más emplean estos protocolos aunque las cifras son muy bajas, no están generalizados para todos los centros o servicios de AT.

Podemos pensar que la protocolización en actividades de formación para las familias, no es percibida como algo que es necesario por parte de las organizaciones sociales y responsables de la administración y gestión de los centros de AT. En este sentido, indicar la necesidad de lograr mejoras en la protocolización

---

de la intervención familiar y en las actividades de formación para las familias si se quiere garantizar una mejor atención a la familia.

- **Perfiles profesionales:** Respecto a ¿qué profesionales atienden a las familias?, encontramos una dispersión de respuestas ya que todos los profesionales atienden a las familias.

Los colectivos profesionales que mayoritariamente atienden a las familias son el psicólogo (93,38%), un profesional de los servicios de apoyo (EAT) (77,42%), maestro (44,62%), logopeda (56,63%) y el trabajador Social (54,22%).

Si analizamos por ámbitos, en el ámbito educativo encontramos que predomina un profesional de los servicios de apoyo (EAT) (77,42%) y el maestro (44,62%). Esta atención por parte del maestro a la familia en el ámbito educativo, vendría a reforzar la toma de conciencia por parte de los maestros de la importancia que juega la familia en el proceso educativo y en la necesidad de establecer buenas relaciones entre familia y escuela.

Podemos observar como el ámbito educativo se abre a que participen otros profesionales. Esto refleja la disponibilidad de los Equipos de Atención Temprana para poder actuar de manera coordinada con Escuelas Infantiles, Casa de Niños y poder atender a las familias así como llevar a cabo programas de formación para padres. Este dato también es coherente con la atención a los niños con N.E.E y la función preventiva que deben realizar los Equipos de Atención Temprana en el medio escolar, familiar y social.

Los orientadores que trabajan en educación infantil pertenecen a los Equipos de Atención Temprana, y suelen tener diferentes perfiles profesionales: psicólogo, pedagogo o psicopedagogo.

En el ámbito social predomina el psicólogo (93,98%), el logopeda (56,63%) y el trabajador social (54,22%). El logopeda consideramos que es el profesional que está más comprometido con la detección de los problemas de comunicación que aparecen en estas edades y puede proporcionar orientaciones, asesoramiento y estrategias a las familias y el perfil profesional del Trabajador Social, quizás va a ser el profesional que orienta a la familia sobre apoyos económicos, sanitarios, educativos y sociales.

Los centros y servicios del ámbito social tienen la responsabilidad de "servicios especiales" para niños, por lo que las familias van a demandar conocer los recursos. Entendemos que estos perfiles profesionales no son los que atienden a las familias.

Hay poca presencia del perfil profesional pedagogo y psicopedagogo en la atención a la familia en el ámbito social en AT.

Estos datos apuntan a las **diferencias respecto a los profesionales que atienden a las familias en cada ámbito de AT.**

En relación con los profesionales que atienden a las familias, parece importante resaltar, para mejorar la calidad de la intervención en AT, el cumplir con los requisitos o principios internacionalmente establecidos para el buen hacer en AT.

Entre ellos destacaríamos, el desarrollo de un trabajo interdisciplinar en el equipo de AT, para lo cual y de cara a la familia, la figura o el perfil del “coordinador asesor de la familia” podría contribuir a coordinar y, posiblemente, a concretar iniciativas específicas de los profesionales en el trabajo con las familias.

- **Acciones formativas para las familias en AT.**

Por ámbitos encontramos que en el ámbito educativo un 82,26% de profesionales encuestados y en el ámbito social un 72,29% de profesionales afirman que se realizan acciones formativas para las familias en AT. Consideramos que la formación para las familias en AT se empieza a considerar necesaria, lo que va a permitir fortalecer las capacidades y competencias de las familias, aunque todavía existen centros o servicios en los que no se desarrollan estas actividades.

Los resultados apuntan a que **las actividades de formación para familias se promueven, de forma más generalizada, en el ámbito educativo.** En el ámbito social también se realizan estas actividades, en un número ligeramente inferior.

En general, apreciamos que se ha realizado un gran esfuerzo por incorporar actividades para las familias en los distintos centros y servicios educativos y sociales. Éste es un dato importante y, un punto de apoyo inestimable para redoblar los esfuerzos que permitan estrechar el margen de lo que anhelamos y lo que aún falta en la mejora de la atención a la familia en AT.

Estos datos apuntan una conciencia creciente de la importancia de trabajar con las familias, ya que los primeros años de la infancia son un periodo crítico para apoyar a las familias en sus funciones de cuidado, crianza y estimulación oportuna.

Pese a que, socialmente hay un gran reconocimiento al ámbito social en la atención a la familia y, es el que tiene la responsabilidad legal de AT, en nuestra muestra es el ámbito educativo el que soporta más peso en las actividades de formación para las familias; a pesar de que los Equipos de Atención Temprana que existen en la

---

C.A.M son el mismo nº que los CAT del ámbito social, parece que las responsabilidades y las actividades están bastante compartidas.

El potencial dinamizador de la Educación Infantil, adquiere hoy día una gran responsabilidad, a través de la orientación y formación de los padres ya que prácticamente el 100% de los niños entre 3 y 6 años están escolarizados y el tramo 0-3 se ha triplicado en los últimos 10 años (MEPSYD, 2007). Promover la formación de las familias es una forma de potenciar la vinculación entre familia y escuela, es decir, contribuir a mejorar la calidad de la educación infantil.

Tanto la Educación Infantil y la Atención Temprana comparten las funciones de prevención, educativa, integradora y compensadora, entendemos que son un marco inmejorable para trabajar conjuntamente. Por ello es necesario que el ámbito educativo coordinase sus actuaciones de formación para familias con el resto de ámbitos de AT, ya que los niños pasan el mayor número de horas en contexto escolar y cuanto más pequeño es el niño, más importante es el establecimiento de relaciones entre familia- escuela- entorno.

Reclamamos una mejor valoración del ámbito educativo ya que son los que están atendiendo e implicándose en la formación con las familias.

Por otro lado en la muestra estudiada, **las actividades formativas para las familias, es mayor en los centros que atienden a un menor número de familias**, en este sentido pueden ser explicadas, por un lado, porque los profesionales se sienten más cercanos a las familias y consiguen un clima de relaciones más familiares, las personas se conocen mucho más y hay mayor facilidad de comunicación, o bien porque hay una mayor identificación de la problemática de las familias.

Queremos señalar que los profesionales que trabajan en centros más pequeños involucran más a los padres, trabajan centrándose más en la familia.

No obstante, la opinión ampliamente defendida por el conjunto de los profesionales consultados apuntaba con claridad la necesidad de realizar actividades de formación familiar, la opción más deseable, es avanzar en el desarrollo de programas de formación para las familias.

Consideramos necesario crear recursos de atención y apoyo específico dirigido a la familia, favorecer programas de formación para las familias y aprovechar el "enorme potencial educativo" de las familias en AT.

- Cuando analizamos la **oferta formativa para las familias en AT** por ámbitos encontramos que existen diferencias.

En la muestra estudiada en el ámbito educativo, destaca mayoritariamente las escuelas de padres (53,76%) y jornadas, seminarios, en un 47,85%. Hemos comprobado una fuerte relación entre el ámbito educativo y el tipo de actividades de formación realizadas, siendo las Escuelas Infantiles las que más realizan jornadas, seminarios... para las familias.

Los datos nos reflejan un orden de prioridades claro en el ámbito educativo, en la oferta de actividades formativas para las familias, las escuelas de padres. Observamos que son los profesionales de las Casa de niños quienes mayoritariamente realizan Escuelas de padres (96,15%) seguido de Jornadas, seminarios para familias (55,77%), sin embargo, los Grupos de Apoyo aparecen como algo excepcional en las acciones formativas en este ámbito (2,15%).

Observamos que **los profesionales del ámbito educativo conceden importancia a la formación familiar** y reconocer esta importancia es un punto de partida adecuado para planificar asistencia y recursos para los padres. Refleja que existe una mayor conciencia por responder a las necesidades de las familias, ya que la primera infancia es el período de responsabilidades parentales más amplias e intensas en relación con todos los aspectos del bienestar del niño y estas Escuelas de padres les van a permitir abordar sus tareas con mayor seguridad. Ejemplo de buena práctica de atención a la familia es el de la Casa de Niños, donde hay una atención más individualizada, más personalizada, entorno más pequeño, más cercanía y acorde con la situación de los padres.

Entendemos que, siempre que se realice formación con las familias, habrá una mayor implicación por parte de los padres, en el desarrollo de sus hijos y es una medida de carácter preventivo, que va a incidir en la familia como primer entorno social en el que los niños comienzan a desarrollarse y a socializarse.

El ámbito social es el que oferta Terapia Familiar (19,28%), y Grupos de Apoyo con un 32,53%. Son muy bajas las cifras obtenidas respecto a la oferta formativa para las familias.

Estos datos invitan a la reflexión ¿la formación familiar es un objetivo de las actuaciones con las familias? ¿la atención a la familia debe contemplar actuaciones destinadas a los padres, siendo esta atención prioritaria? ¿en que consiste la definición de servicios centrados en la familia? ¿Cuales son realmente los componentes de los servicios centrados en la familia? ¿Qué papel tiene la familia en AT?. Es importante tener en cuenta estos interrogantes, porque son aspectos que son defendidos y resaltados en los diferentes marcos de referencia en AT (Libro

---

Blanco, Manual de Buenas Prácticas, 2000, 2005) y todos están muy vinculados a la consideración de la familia y sus necesidades.

Por ámbitos observamos que existen diferencias, tanto en la forma de entender las necesidades de las familias como en la forma de realizar la formación de la familia, dando como resultado un diseño poco flexible: en el ámbito educativo unas actividades, posicionamiento más educativo y en el ámbito social intervenciones más específicas y de carácter clínico.

Entendemos que la oferta formativa para las familias en el ámbito social pueda ser distinta, pero el apoyo a las familias que tienen entre sus miembros a un niño con dificultades en el desarrollo no significa inevitablemente que la familia sea “una familia problema” ni mucho menos, por lo tanto no siempre va a ser necesario Terapia Familiar.

Sin embargo, hay ciertos momentos que inquietan especialmente a las familias y requieren, en muchas ocasiones, de ciertas estrategias de asesoramiento y apoyo y que contribuyen a reforzar la confianza de los padres en sí mismos. Los profesionales, consideran que el intercambio de experiencias en grupo con otros padres es importante. Son especialmente significativos los Grupos de apoyo, especialmente en Atención Temprana, son los grupos “padre a padre” que facilitan el contacto con otros padres que hayan pasado por situaciones similares.

Habría que hacer un esfuerzo por abrir el abanico de posibilidades de formación familiar en el ámbito social, que vaya dirigida no solo a los aspectos más clínicos, sino coherente con la orientación más pedagógica de la AT en el trabajo con la familia, tanto en lo que respecta a la prevención como a la intervención (la discapacidad, el riesgo social, las dificultades para criar y cuidar a los hijos).

Queremos señalar la necesidad de identificar, elaborar y desarrollar propuestas concretas que permitan ofrecer programas de formación para las familias.

Existen diferencias significativas entre el nº de familias atendidas en el centro en cuanto al tipo de actividades formativas siendo las **escuela de padres la formación familiar que se realiza mayoritariamente en los centros que atienden a menos familias** (63,33%) y jornadas, seminarios más frecuente en los centros con mayor número de familias.

- Finalmente con el objetivo de recoger **propuestas y sugerencias de mejora en la atención a la familia**, se pidió a los profesionales encuestados que señalasen qué ámbitos prioritarios que, a su juicio, se deberían acometer para mejorar la atención a la familia en AT.



Los profesionales del ámbito social son los que más solicitan “flexibilizar la organización del centro” (60,24%). Son también los profesionales con más formación en intervención familiar y con más tiempo en su horario laboral para atender a las familias. Entendemos que flexibilizar la organización requiere, horarios más flexibles, planificación clara de objetivos y una consideración global e interdisciplinar de la intervención. La segunda opción más señalada es la de ampliar formación de los profesionales (48,37%).

El ámbito educativo a pesar de que, los profesionales tienen menos formación en familia, es la opción menos señalada, la opción más escogida hace referencia a “otros” (recursos económicos, colaboración de las familias).

Parece claro que todos los profesionales, de una forma u otra, señalan cambios o líneas de actuación a tener en cuenta para la atención a la familia.

En este contexto, nos planteamos unas preguntas importantes ¿cuáles son las ideas y creencias de los profesionales, sobre el “deber ser” de la atención a las familias y la “realidad” cotidiana?

La aspiración por conseguir una AT de calidad debe entenderse como un “proceso continuo” de cambios y mejoras, hacia mayores logros en términos de atención a la familia. Ahora bien, pedir orientaciones a los profesionales, nos parece fundamental para que se puedan encontrar modos de funcionamiento y de atención a la familia en los centros de AT con criterios y rigor profesional.

• **Periodicidad de las actividades de formación:** La periodicidad en las actividades es un indicador de la sistematización de esta actividad, de la continuidad en la atención a la familia y del grado en que forma parte del desempeño laboral, por lo que es necesario organizar y temporalizar las actividades como parte del programa de atención a la familia.

En nuestra muestra encontramos que la periodicidad de las actividades de formación para las familias esta sujeta a la variabilidad, voluntariedad y criterio de cada centro. Existen diferencias en la periodicidad de las actuaciones formativas para las familias por ámbitos. En el ámbito educativo, predomina la que señalábamos en el cuestionario como “otras” (un 27,96%), datos que pueden ser interpretados como carencias en la organización y planificación y falta de sistematización, a pesar de ser este ámbito donde hay más oferta de actividades para las familias.

---

El ámbito social es el que, sin duda, alcanza unas cotas más altas en la periodicidad mensual (un 30,12%) en las actividades de formación para las familias. Estos datos reflejan el interés por dotar de continuidad a la atención que prestan.

- **Tiempo que se llevan realizando.** A la pregunta que nos planteamos como objeto de estudio: ¿el tiempo que llevan realizando estas actividades varía por ámbitos profesionales dentro de la AT?, la respuesta es afirmativa: existen diferencias significativas en el tiempo que se llevan realizando en los distintos ámbitos profesionales, siendo el ámbito social el que lleva más tiempo realizando estas actividades.

En el ámbito social hay más tradición o esta más generalizada desde hace más años. Contrasta este resultado con los datos que apuntaban al ámbito educativo como quien promueve, actualmente de forma más generalizada, actuaciones de formación para familias.

### **En la organización de la atención a la familia cuentan con espacios y tiempo**

La falta de espacio y de tiempo puede ser un obstáculo más a la hora de ofertar actividades formativas para las familias en AT y por ello quisimos conocer la opinión de estos profesionales al respecto.

- **Tiempo para atender a las familias en horario laboral:** es frecuente escuchar, por parte de los profesionales de AT que su tiempo laboral se encuentra ocupado en tratamientos con niños y en muchas ocasiones las actividades de formación para familias se hacen fuera del horario laboral o de forma voluntaria por parte de los profesionales. Es evidente que la atención a la familia requiere un tiempo específico en los distintos ámbitos y servicios, condición imprescindible para poder llevarla a cabo y la adecuada organización de los profesionales y del centro o servicio. Es un factor crucial para favorecer los programas de formación familiar.

Se preguntó si los profesionales de AT tienen un tiempo contemplado, en su horario laboral, específicamente para atender a las familias. Encontramos que un 91,27% afirman disponer de un tiempo específico para atender a las familias, mayoritariamente en el ámbito social.

Por ámbitos vuelven a ser los profesionales del ámbito social los que disponen de más horas para atender a las familias, indican la existencia de 3 horas en horario laboral para poder atender a las familias (69,70%).

Si bien el papel central de la familia en AT, no constituye ninguna novedad en sí mismo en cambio, muchas de las prácticas y organización de los centros y servicios siguen respondiendo más bien, a una orientación centrada en el niño.

Para conocer si, además del tiempo para atender a las familias hay también un tiempo para intercambiar información con los padres después de estar con el niño. Ese tiempo ha de partir de unos mínimos reflexionados y aceptados, con criterios técnicamente establecidos. El mayor tiempo disponible de los profesionales a devolver información a los padres se da también en el ámbito social que el 43,06% afirma disponer de 15 minutos, consideramos que no está generalizado en todos los centros y, en menor medida en el ámbito educativo 34,50% (15 minutos) donde el 63,74% afirma disponer de 5 minutos.

Respecto al tipo de información que comparten con los padres durante este tiempo, hemos encontrado que en el ámbito educativo, el contenido de la información son las actividades realizadas durante el día (67,20%) y, en el ámbito social las actividades realizadas en la sesión (67,47%).

- **Organización de las actividades de formación familiar**

Hemos querido considerar como un aspecto importante en la organización y planificación de las actividades formativas para las familias el espacio físico de los centros y servicios de AT, no sólo desde el punto de vista de la dotación de unos recursos necesarios para realizar actividades, sino desde la consideración de si dependiendo del espacio existen diferencias en la temporalización con la que se realizan.

La existencia de ese espacio, carácter interdisciplinario de los servicios, si utilizan espacios de otros centros o servicios o puedan colaborar otros profesionales que no sean del propio centro. Ello implica, especialmente, la necesidad de precisar **qué condiciones** ayudan o son contraproducentes para la organización de los centros. Hasta ahora, raramente se ha abordado este asunto, pese a desempeñar un papel vital en el funcionamiento de los centros.

¿la organización espacio-temporal del centro favorece las actividades de formación para las familias? ¿influye la infraestructura que puedan tener los centros o servicios en la realización de las actividades?

Para nuestra muestra de estudio la existencia de espacios para actividades con las familias, aparecen con más frecuencia en el ámbito educativo (59,14%), en los Equipos de Atención Temprana, en las Escuelas Infantiles y en la Casa de Niños que

---

en el ámbito social (40,86%), Centros de Atención Temprana y Centros Base (ámbito social).

En el ámbito educativo y social, respecto a ese espacio físico establecido para realizar actividades con las familias, encontramos que los profesionales hacen referencia a una "salamultiusos"

- Respecto a la **participación de las familias en las actividades de formación**, el 86,93% de los profesionales de nuestra muestra consideran que hay una participación mínima de la familia, solo un 12,73% consideran que las familias participan. La actual tendencia hacia una intervención centrada en la familia en la que se acentúa su participación activa en AT, realmente los bajos resultados en la participación, nos señalan que no están motivados a participar en las actividades de formación.

Estos datos nos muestran que la implicación de la familia, entendida como participación activa, reconocimiento por parte de los padres del valor que tiene lo que se hace en el centro, no es la deseada por los profesionales. Es posible, que las familias relativicen todos los esfuerzos de los profesionales que no estén directamente relacionados con la intervención de las necesidades del niño.

Si hemos reconocido la existencia de una oferta de actividades para las familias en los centros y servicios de AT, aunque todavía existen algunos en los que no se desarrollan, el grado de participación de las familias a pesar de los esfuerzos realizados por los profesionales, no se revela suficiente y operativo a largo plazo.

Esta valoración globalmente negativa no debe oscurecer el interés y el compromiso de los profesionales en la mejora de la atención a las familias

Cuestión que nos parece necesaria, en la implementación de cualquier actividad de formación para las familias es la motivación de los padres, de ahí que la motivación más que un requisito, constituya el objetivo central del programa y un indicador para la evaluación de su eficacia.

Indicar la conveniencia de saber si los padres tienen información sobre tipo de apoyo y actividades que pueden recibir, y conocer el punto de vista y las necesidades de los padres, para lograr mejores cotas de participación de las familias en las actividades de formación. Estos resultados también pueden reflejar lo que señalan anteriores estudios (Giné, 2007), sobre la satisfacción de la familia en AT donde señalan el grado de importancia que la familia otorga a distintos aspectos de los servicios recibidos en AT, reconocen las familias que tienen servicios adecuados a los hijos pero no a los padres.

Es necesario documentar y difundir más ampliamente la atención a la familia. Es necesario redactar orientaciones para la organización de la atención a la familia, definir y fijar las actividades disponibles en los centros.

Obviamente, para llegar a posibles líneas de mejora en los planteamientos teóricos-prácticos de las actividades de formación para las familias en AT, el trabajo debería incluir también propuestas de mejora en distintos planos (organización, formación de los profesionales, funcionamiento....) de los distintos centros y servicios de AT, que tiendan a garantizar de forma coordinada el apoyo y formación a la familia.

El número de estudios que recogen una valoración del proceso de intervención familiar en AT es muy limitado (Barranco, 2004; Giné, 2007, Díez, 2008; no se obtienen datos significativos de si se ha logrado o no un modelo de trabajo centrado en la familia, ni del impacto en la organización y planificación de los distintos centros o servicios implicados en AT.

Todo ello pone de manifiesto que no se ha tratado de un tema de carácter prioritario durante estos últimos años, y que a pesar de sucesivos documentos para fomentar y mejorar la calidad de la AT (con consecuencias directas sobre procesos de intervención) no se han hecho estudios que valoren los resultados de esos procesos en la atención a la familia.

- **Procedimientos para detectar las necesidades de las familias.**

Respecto si tienen algún procedimiento establecido (documento escrito: cuestionario, buzón de sugerencias....) para detectar las necesidades de las familias, aspecto que consideramos relevante para una buena planificación y gestión de las actividades de formación familiar, que pone de manifiesto la relación con el grado de participación de las familias que luego pueda existir y que anteriormente hemos analizado (12,73%).

Por otra parte, se trata de un proceso singular, para cada centro, para cada servicio, en función de su realidad y su contexto, donde las necesidades específicas de las familias son determinantes y por ello puede ser la base de criterios más claros para determinar que actividades se pueden realizar.

En nuestra muestra de estudio, sólo un 24,32% de profesionales de AT del ámbito educativo, afirman que en su trabajo disponen de procedimientos establecidos para detectar las necesidades de las familias.

En el ámbito social, algo mayor es el porcentaje de los profesionales encuestados que afirman que utilizan procedimientos para detectar las necesidades de las

---

familias (casi un 50%). Encontramos diferencias significativas entre el ámbito educativo y social.

Por esta razón, las actividades planteadas por los centros o servicios de AT, deberán ser en consonancia con las necesidades de las familias. Estos datos sugieren la necesidad de incorporar algún mecanismo para conocer las necesidades de las familias, así como asegurar programas y actividades adecuadas.

Todos estos datos ponen en evidencia la ineludible necesidad de llevar a cabo un proceso de evaluación sistemática y continua de los logros y dificultades a los que se ve sometido el apoyo y la formación de la familia en AT, para introducir en su caso los elementos de corrección o apoyo que en su caso se precisen.

Sin embargo, no puede sino criticarse la “desatención” que por parte de la administración competente ha tenido en la realización de estudios que permitieran de forma regular “tomar el pulso” al apoyo y formación de la familia en AT.

- Respecto a **que miembros de la familia demandan participar en actividades formativas.**

En los datos de nuestra muestra encontramos que los profesionales del ámbito educativo y social, mayoritariamente consideran, que son las madres de los niños las que demandan actividades de apoyo y formación para las familias (62,90% y 56,63% respectivamente).

Por otra parte, dentro de los centros y servicios de AT, se empieza a demandar actividades de apoyo a otros miembros de la familia, como abuelos y hermanos, lo que va a permitir fortalecer las capacidades y competencias de todos los miembros de las familias. Los grupos de apoyo para hermanos (0,54% y 3,61%) y abuelos (3,23% y 4,82%), demuestran el esfuerzo de los profesionales por mejorar y ampliar actividades para una mejor atención a toda la familia, lo que refleja cambios en los apoyos a la familia.

Aparece un alto grado de preocupación de los profesionales, ya que en ocasiones no hay ninguna demanda por parte de la familia (18,82% y 9,64%). Esta falta de implicación de los padres en la educación de sus hijos puede obedecer a diversos factores: trabajo demasiado absorbente, diferencias en los intereses preferenciales de los padres.

Los padres han de seguir de cerca la educación de sus hijos, estar atentos a los continuos cambios y evoluciones de los niños/as, pudiendo de esta forma corregir los posibles problemas, por lo que es muy importante que se involucren en la vida de los centros en educación infantil a la familia.

- **Apoyo económico desde las instituciones:**

Existe apoyo económico de las instituciones a la formación familiar y aparecen diferencias por ámbitos respecto a la financiación, se da una mayor financiación privada en el ámbito social (un 37,14%)

La AT debe contemplarse como servicio con prestación económica para atender a las actividades de apoyo y formación a las familias. Nos encontramos que, las actividades de formación para las familias, **son las familias las que se ven obligadas a costear esas actividades**, ya que no es financiada por los servicios de AT. Si bien desde la normativa parece que ya es así, en la práctica muchos centros no cuentan con los recursos personales y materiales necesarios. La falta de recursos públicos para la continuidad de la formación familiar es evidente; las familias se ven obligadas a recurrir a servicios privados, y por lo tanto, a hacerse cargo de su coste.

Sólo se entiende el tratamiento clínico del niño, no del apoyo a la familia. En tanto la administración pública competente y la gestión de los centros, no valoren tanto el trabajo que se realiza con el niño, como la labor de orientación y apoyo educativo que se realiza con las familias y, se asuma el coste total de los servicios de AT, seguirán existiendo dificultades en la atención a la familia.

### **3. La formación de los profesionales y la planificación de la formación profesional como factor que puede influir en las actuaciones con las familias.**

En nuestro objeto de estudio nos planteamos tres preguntas al respecto ¿Tienen, los profesionales de los distintos ámbitos, formación específica en familia? ¿los distintos profesionales de AT les gustaría recibir formación para el desempeño de su trabajo con las familias? ¿hay una planificación en el centro de la formación continua de los profesionales?

- **Formación de los profesionales en intervención familiar:**

En nuestra muestra de estudio el porcentaje de profesionales de AT sin formación específica en familia es elevado (un 75,18%), lo cual indica que la formación es insuficiente (en consonancia con estudios previos de Gútiez, Ruiz y Arizcun, 2007). Encontramos diferencias significativas por ámbitos de AT: el ámbito educativo es el que menos formación específica en intervención familiar posee (sólo un 17,74% de estos profesionales poseen formación específica en intervención familiar) frente a los profesionales del ámbito social que poseen más formación específica en

---

intervención familiar, un 41,46%. Aún así, las cifras de formación no alcanzan resultados deseables para la responsabilidad que tienen.

Estos resultados no coinciden con los datos obtenidos en el ámbito educativo, que es donde se realizan más actividades formativas para las familias. Consideramos que la cualificación profesional en intervención familiar debe llegar también al ámbito educativo.

Junto con las deficiencias en su formación que los profesionales manifiestan, existe un gran interés por participar en actividades de formación para el desempeño de su trabajo con las familias. La mayoría de ellos (un 73,82 %) afirman que les gustaría recibir esa formación.

Observamos que los profesionales de los dos ámbitos de la AT están interesados y comprometidos en el mejor desempeño de sus funciones. Por tanto, podemos pensar que los profesionales desean colaborar en la mejora de la atención a la familia en AT.

- **Planificación de la formación continua de los profesionales.**

El proceso de formación continua de los profesionales se contempla como una condición obligatoria en el funcionamiento del servicio de AT (Manual de Buenas Prácticas, orientaciones para la calidad en AT) de tal manera que se dispone de actividades organizativas que permitan el acceso a ciclos formativos por las distintas especialidades, bien en el propio centro o en otros organismos.

En nuestra muestra de estudio el porcentaje de profesionales de AT que afirman que no existe una planificación de la formación continua es elevado (77,66%), lo cual indica que desde la organización del centro no se planifica la formación de los profesionales para poder atender a las necesidades del centro.

Por otro lado, uno de los inconvenientes de la formación continua de los profesionales de AT es que tienen unas "sesiones" muy apretadas de trabajo directo con niños.

En nuestra Comunidad, esta planificación no se ve generalizada, no se encuentra consolidada ya que debe ser regulado institucionalmente e incorporarlo a la organización y proyecto del propio centro. Desde una perspectiva de mejora de las condiciones futuras de la AT, el ámbito social debe hacer un esfuerzo por planificar la formación de los profesionales en consonancia con las necesidades de las familias, igual que se hace una planificación de los tratamientos que se van a realizar.



Indicar la necesidad de sensibilizar sobre la necesidad de esa formación a las distintas instancias, centros y servicios para que incluyan cursos dentro de los propios centros de trabajo.

Una fórmula de formación continua de los profesionales, podría ser que se incorporen profesionales técnicos especializados que supervisaran el trabajo de otros profesionales con las familias.

Ambos factores constituyen indicadores de calidad aumentarían la calificación profesional de la atención que se presta.

La eficacia de los centros de intervención temprana no viene sólo determinada por las competencias y profesionalidad de su personal, sino también, y en gran medida, por el estilo y estructura de la organización de los propios centros: cooperación de los profesionales en quipos interdisciplinarios, liderazgo de la gestión, planificación.

Respecto a la antigüedad en el puesto de trabajo en los centros observamos que es una población joven, con equipos poco estables ya que las condiciones laborales no son buenas lo que provoca que busquen otras alternativas, lo que dificulta la planificación de la formación.

Una de las observaciones más reiteradas por parte de los CAT en el cuestionario y en las entrevistas telefónicas es que, no se “cuida a los profesionales”: se exige formación previa, pero no es reconocida a nivel laboral, los recursos disponibles son cada vez más limitados, horarios poco flexibles, muchas horas seguidas de atención directa. En esta situación, los profesionales actualmente tienen que hacer frente a un número creciente de cuestiones relativas a programas para los niños.

#### **4. Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) de Cataluña**

Finalizamos la interpretación de resultados con unas consideraciones referidas a datos encontrados en los CDIAP de Barcelona.

En la fundamentación teórica ya apuntamos que no existe una homogeneidad de situaciones en materia de Atención Temprana en las Comunidades Autónomas y nos interesaba conocer la Comunidad Autónoma de Cataluña por ser referencia en la implantación de enfoques preventivos y por el papel protagonista de la familia en la intervención con la población infantil.

El Libro Blanco de AT (2005) establece la composición mínima de los profesionales de los Centros de AT, constituido por especialistas en AT procedentes del ámbito médico, educativo y social.

- 
- Nuestros resultados muestran que, el **perfil profesional de los equipos** de los CDIAP de Cataluña varía respecto a los equipos de los centros de AT de la CAM. Encontramos diferencias en dos titulaciones, medicina y magisterio.

Se constata la interdisciplinariedad de los equipos de los CDIAP de Cataluña, constituido por profesionales de los distintos ámbitos. La titulación de medicina forma parte del perfil profesional de los equipos de los CDIAP en Cataluña, no apareciendo este profesional en los equipos de los centros de AT de la CAM.

Por otra parte, encontramos también diferencias en el perfil profesional del ámbito educativo, las disciplinas profesionales de pedagogo y psicopedagogo están más presentes en los equipos de los CDIAP de Cataluña, que en los centros de AT de la CAM. El perfil profesional de maestro, sólo lo encontramos en los equipos de profesionales de los centros de AT de la CAM.

Consideramos que estos equipos interdisciplinarios de los CDIAP tienen mucha más "capacidad de actuar" tanto en lo que es la atención directa como la indirecta, entendiendo por atención directa la atención que se ofrece al niño y la familia en el centro y, por indirecta la que hacen con los padres u otros profesionales fuera del centro, que puede ser trabajo de investigación, desplazamientos a escuelas infantiles o centros especializados para discutir con otros profesionales.

Los resultados de nuestra muestra ponen de relieve la necesidad de los centros de AT de la CAM por acercarse y establecer vínculos de colaboración con profesionales de la pediatría, neuropediatría y otras ramas sanitarias, ya que los profesionales del ámbito médico no están presentes en los equipos. Consideramos que es más reducido el perfil profesional de los equipos que están en los centros de AT de la CAM.

Entendemos que debe ser un punto de reflexión futura, el considerar la importancia de la presencia en los equipos de los centros de AT de la CAM los profesionales del ámbito sanitario, dada su función e importancia en la prevención, valoración, detección, diagnóstico y derivación de los problemas de desarrollo, así como en los tratamientos.

- Respecto al **número de familias atendidas en los centros**, en nuestro estudio encontramos que en los CDIAP de Cataluña, atienden a un mayor número de familias que los centros de AT de la CAM.

En nuestra muestra el 96% de los profesionales de CDIAP de Cataluña afirman que en el centro atienden a más de 100 familias y, ningún centro atiende a menos de

50 familias. Sólo el 36,21% de los profesionales de los centros de AT de la CAM afirman que en el centro atienden a más de 100 familias.

Señalar que en este mayor número de familias atendidas por los profesionales de los CDIAP, podemos pensar que no sólo es la atención a la población infantil de 0-6 años que presenta trastornos en su desarrollo, sino también el reconocimiento de la atención a todos los niños y sus familias que están en situación de riesgo (riesgo tanto biológico, como psicológico o social).

En las conversaciones mantenidas con los profesionales de los CDIAP de Cataluña, nos señalan que muchas familias usan el CDIAP como centro de referencia y, por tanto, consultan ante cualquier duda que preocupe a los padres. No todos los niños son atendidos durante mucho tiempo en el centro, las familias pueden venir, consultar y después de unas pautas, en 3 ó 4 meses pueden perfectamente ser dados de alta en el centro. Tienen establecidos diferentes niveles de atención en función de las necesidades de cada caso, variando tanto el tipo de apoyo como la intensidad del mismo. Nos señalan los diferentes niveles de atención: un nivel de atención intensiva, un nivel de atención regular y un nivel de atención de seguimiento.

Consideramos que en los CDIAP de Cataluña tiene una mayor importancia la dimensión preventiva.

En cuanto a los centros de AT de la CAM, consideramos que todavía son sólo centros específicos, es decir, que su única función es la de dar servicios de Atención Temprana, pues todavía el desarrollo infantil y el ámbito de la prevención no lo tienen instaurado.

Estas diferencias, que apreciaremos también en algunos otros aspectos de organización, deben servirnos para explorar distintas hipótesis explicativas sobre dichas diferencias, algunas de las cuales pueden tener que ver con las "políticas" tanto de las Administraciones competentes, como de los propios centros, condicionadas estas últimas, ciertamente por los recursos y la estructura del propio sistema de AT.

Queremos, en este punto, señalar el *Estudio sobre la situación básica de la AT en la C.A.M.*, de 2007 y el *Estudio de la Coordinación en AT en la C.A.M.*, de 2010 que indican la existencia de listas de espera de distinta duración en todos los ámbitos de AT, siendo el ámbito social el que presenta cifras más elevadas. Datos que nos parecen muy alarmantes, una falta de recursos en la C.A.M, y, la imposibilidad de

---

poder aplicar el principio de precocidad y atención inmediata en la AT a niños y a familias.

Aunque los modelos organizativos son diferentes y, en la mayoría de las Comunidades Autónomas se hace referencia al principio de respuesta inmediata en la atención. Consideramos que el menor nº de familias atendidas en los centros de AT de la CAM debería estudiarse con más profundidad y, conocer la demanda real existente en la CAM de AT, tanto para los niños como para sus familias, para implementar convenientemente los recursos y evitar las aludidas listas de espera.

Señalar la posibilidad de que en los centros de AT de la CAM, se este produciendo un cambio en la demanda de Atención Temprana, de una demanda basada en las discapacidades tradicionales (como la parálisis cerebral o problemas sensoriales) a una demanda por nuevos problemas (riesgo biológico en niños a causa de reproducción asistida o fenómenos similares, riesgo social a causa de los nuevos modelos familiares).

La evolución y el crecimiento de las plazas y los centros en la CAM ha mejorado pero, en estos momentos, hay una preocupación en los profesionales por la falta de inversión en AT, lo cual va a dificultar seguir creciendo en recursos para actividades de apoyo y formación para las familias.

- Por otro lado, encontramos **diferencias en aspectos organizativos** que se ven reflejados en distintos aspectos.

Asimismo ya hemos señalado la existencia y empleo de protocolos de intervención familiar, como indicador del grado de formalización en la intervención que se lleva a cabo con las familias y, como instrumento importante que ayuda a regularizar la intervención.

En relación con la planificación de la intervención familiar, son los profesionales de los CDIAP de Cataluña quienes utilizan más protocolos en los procesos de intervención familiar (el 80%), lo que parece indicar que existe una buena planificación, con principios de trabajo firmes en relación a los aspectos de orientación e intervención familiar. Esta elevada cifra obtenida indica la atención profesional y la importancia que los profesionales dan al trabajo con familias.

No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto al empleo de protocolos de apoyo y formación, apuntando una tendencia clara a una mayor planificación, tanto para el apoyo familiar como para los procesos de formación familiar, en los CDIAP de Cataluña.

Es un buen indicador que los responsables de las organizaciones y los profesionales de los CDIAP de nuestra muestra, entienden la importancia de realizar una planificación para el apoyo y formación de la familia. Encontramos que son centros bien organizados en su atención a la familia.

Por otro lado, estos datos pueden reflejar un orden de prioridades claro en la organización, planificación y el funcionamiento de la AT, profesionales de los CDIAP más centrados en la familia, y profesionales de los centros de AT de la CAM más centrados en la intervención clínica.

Aunque conocemos que se están realizando esfuerzos, y hay un alto interés por parte de los profesionales de los centros de AT de la CAM por organizar y planificar la atención a la familia, no siempre se hace. Parece que se emplean más aquellos formularios (informes de los niños, programas para los niños), que vienen impuestos por la Administración y a los profesionales se les asigna el rol de “estimuladores” del desarrollo del niño.

Mejorar y fomentar el apoyo y la formación de la familia en AT, es algo imposible si no se lleva a cabo el cambio partiendo de los verdaderos expertos, que son los profesionales que día a día mantienen el contacto con los niños y sus familias. Ellos son quienes desde su implicación diaria deben dar su apoyo a un nuevo enfoque en la atención a la familia en AT.

Es necesario que desde la Administración competente y por parte de los propios centros se valore y se respalde la importancia de planificar y organizar el apoyo y formación de la familia. Deben facilitar a los profesionales tiempos, espacios, cooperación con otras disciplinas o servicios, así como que se puedan unificar y consensuar documentos comunes, que nos permita realizar buenas prácticas en la atención a la familia en AT.

Es evidente que, en los centros, hay diferencias en la inversión, infraestructuras, población atendida, pero en cualquier caso, se debe aprovechar el modelo de organización de los CDIAP de Cataluña, así como solicitar a los profesionales de estos centros información sobre la propia dinámica del centro en el apoyo, la formación de la familia o de los elementos que pueden ser objeto de mejora en los centros de la CAM.

- Nuestro estudio también arroja diferencias en **las actividades formativas que se realizan para las familias.**

Los profesionales de los CDIAP ofrecen un abanico más amplio de actividades para las familias. Un alto porcentaje de los profesionales de los CDIAP afirman que las

---

actividades que más se realizan para las familias son grupos de apoyo (72%) y jornadas, seminarios (56%), pero también se realizan escuela de padres y terapia familiar.

Los profesionales de los centros de AT de la CAM afirman que las actividades de formación para familias que realizan, sólo son terapia familiar (19,28%) y grupos de apoyo (15,52%).

Existen diferencias estadísticamente significativas entre los CDIAP de Cataluña y los centros de AT de la CAM, en cuanto a la oferta de actividades formativas para las familias: terapia familiar (más frecuente en los centros de AT de Madrid) y grupos de apoyo (más frecuente en CDIAP de Cataluña).

Estos datos los podemos valorar como modelos distintos en la atención y formación de la familia en AT en las dos Comunidades Autónomas, que se ve reflejado en la práctica de las actividades. Los CDIAP, un modelo de apoyo y formación para la familia más educativo y, los centros de AT de la CAM, un modelo de apoyo y formación para la familia más clínico y rehabilitador.

En los CDIAP, encontramos que tienen un mayor protagonismo las actividades de formación para la familia, observamos que ocupan un lugar destacado estas actividades, lo que refleja el progreso en los modelos de intervención en AT en esta Comunidad, tanto en la teoría como en la práctica.

Asimismo, desde el punto de vista de las actividades que realizan, se puede constatar que son centros en los que han implantado enfoques preventivos y en los que hay un mayor ajuste de respuestas a las distintas necesidades de las familias.

Entendemos y valoramos el trabajo que realizan los profesionales de los centros de AT de la CAM con las familias y conocemos sus limitaciones, pero consideramos necesario integrar más actividades para las familias en los centros de AT de la CAM y otorgar un mayor protagonismo a su apoyo y formación en las actuaciones de los profesionales.

Las diferencias en el **tiempo que se llevan realizando las actividades formativas para las familias.**

Las actividades de formación para las familias, tienen una mayor tradición en los CDIAP. Un alto porcentaje de profesionales de los CDIAP de Cataluña afirman que esta formación se lleva realizando desde hace más de 5 años (80%). Esta mayor tradición puede estar relacionada con la mayor sensibilización de los profesionales, de las familias y de las administraciones públicas.

El interés y el compromiso por la formación de la familia por el sector de profesionales de los CDIAP y, la mejora de la calidad de la atención a la familia, ha comportado el promover más actividades para las familias desde hace más tiempo.

Aunque se tratan de datos positivos en los centros de AT de la CAM, ya que el 65% de los profesionales afirman que se lleva realizando formación con las familias desde hace más de 5 años, consideramos que la mayor experiencia de los profesionales de los CDIAP, en las actividades de formación para las familias puede ser positiva.

- En nuestro estudio algunos indicadores de gran interés, referidos a **la formación de los profesionales**. Existe una mayor formación en intervención familiar y planificación de la formación continua de los profesionales que trabajan en los CDIAP en Cataluña.

Observamos que el porcentaje de profesionales de AT con formación específica en intervención familiar es mayor en los CDIAP de Cataluña, pero la diferencia con los profesionales de los centros de AT de la CAM no es significativa (un 43,9% y un 41,5% respectivamente). Aún así, las cifras de formación no alcanzan resultados deseables en las dos Comunidades Autónomas. La atención a la familia requiere formación de los profesionales.

Son los CDIAP de Cataluña quienes mayoritariamente planifican la formación continua de los profesionales en los centros (96%).

Sólo un 39,5% de los profesionales de AT de la CAM indican que desde la organización del centro se planifica de la formación de los profesionales para poder atender las necesidades del centro. La generalización de esta práctica en los centros de AT de la CAM resultaría positiva para la organización y planificación de las actividades para las familias.

Destacar la importancia de las Administraciones competentes en cada comunidad autónoma, como responsables de la oferta formativa para los profesionales de AT. Se trata de que la oferta de formación continua sea coherente con las necesidades concretas de los profesionales y de los centros y se incentive la formación en el propio centro con horarios variados y flexibles para responder a las necesidades de los profesionales de AT.

Consideramos que la atención a la familia es también una oportunidad de coordinación, una coordinación que a de llevar a una integración de actuaciones desde los diferentes ámbitos de la AT y desde las distintas Comunidades Autónomas.

- 
- Por último, respecto a la **participación de las familias en las actividades de formación**, los datos muestran que los CDIAP de Cataluña destacan positivamente por el logro de participación de las familias.

Existe una tendencia en los CDIAP de Cataluña a una mayor participación de las familias, el 60% de los profesionales de los CDIAP de Cataluña consideran que hay una participación máxima de la familia, frente a sólo un 18,4% de los profesionales de los centros de AT de la CAM.

Si anteriormente hemos señalado que las dos Comunidades Autónomas plantean dos modelos distintos en la atención y formación de la familia en AT, estos datos nos muestran que la práctica de las actividades en los CDIAP tiene mayor respuesta por parte de las familias. Consideramos que estos centros responden de manera más adecuada a las necesidades de apoyo y formación demandadas por los padres.

Por otro lado, entendemos que la orientación hacia la prevención que los CDIAP realizan, consigue interés por parte de las familias.

## 8. PROPUESTAS DERIVADAS DE LA INVESTIGACIÓN

En nuestro trabajo se pone de manifiesto que la formación de las familias, para los profesionales de Atención Temprana del ámbito educativo y social, puede ser una medida preventiva. Para favorecer el apoyo y la formación de las familias en AT, en línea con este planteamiento y con los resultados de la investigación, se pueden formular las siguientes recomendaciones:

1. Fomentar y sensibilizar sobre **la formación inicial y continua** de los profesionales de AT en **intervención y formación familiar**.
2. Ofertar la figura del supervisor de casos, que proporcione feedback a los profesionales y mejore su actuación con la familia.
3. **Potenciar iniciativas de investigación desde los centros de AT de la C.A.M en materia de apoyo y formación de la familia.** El desarrollo de unas prácticas de Atención Temprana buenas, se nutre de la información proveniente de las investigaciones, de las prácticas y de la experiencia.
4. Creación de un **departamento de investigación en los centros de AT de la C.A.M** en colaboración con la Universidad. Esto supone un intento de



combinar las aportaciones que surgen desde la experiencia de los profesionales. Es una forma de identificar carencias/necesidades familias/profesionales y enriquecer las prácticas.

5. **Incluir la figura o el perfil del “coordinador asesor de la familia”** en los equipos de los centros de AT para el desarrollo de un trabajo interdisciplinar, que podría contribuir a coordinar y, posiblemente, a concretar iniciativas específicas de los profesionales en el trabajo con las familias.
6. Elaborar **protocolos específicos para planificar y formalizar el apoyo y formación de la familia en los distintos ámbitos**, que introduzca el apoyo y formación de la familia como condición y criterio de calidad de los centros.
7. **Analizar** la situación de la **atención a la familia en AT en las distintas Comunidades Autónomas** para adaptar mejor los servicios a las demandas y necesidades reales de las familias.
8. Ampliar, diseñar y poner en marcha **programas de formación y apoyo para familias**.
9. Promover la realización de encuentros, foros, espacios web específicos para las familias en AT que faciliten el intercambio de ideas y buenas prácticas en AT.
10. Promover la **elaboración de documentos consensuados entre los profesionales** para el soporte de apoyo a las familias en los distintos momentos de intervención: diagnóstico, inicio de la escolaridad....

---

## 9. CONCLUSIONES

Una vez analizados los resultados del estudio, provenientes de nuestro trabajo de investigación, nos proponemos destacar las *principales conclusiones generales* que, a nuestro juicio se derivan del conjunto de datos generados.

Al comenzar nuestro estudio nos proponíamos conocer si los profesionales en Atención Temprana, en su trabajo de atención con la familia, esta planificado y organizado, así como si se realiza detección de las necesidades de las familias, si están desarrollando actividades de apoyo y formación y si existen recursos.

- Conforme a los resultados de nuestro estudio comprobamos que los profesionales del ámbito educativo y social consideran la formación familiar como una medida de prevención en AT.
- La mayoría consideran que la atención a la familia tiene una influencia positiva en el desarrollo del niño.
- Los profesionales manifiestan su disponibilidad para realizar actividades de apoyo y formación con las familias y mejorar su propia práctica con ellos.
- Los profesionales coinciden en señalar que la intervención en AT aporta beneficios a la familia.
- Los profesionales del ámbito social señalan, como uno de los aspectos que más mejora con su trabajo, es el proceso de aceptación del niño y apoyo emocional a la familia. Otros de los puntos que señalan como relevantes es la información general sobre el diagnóstico y así como el asesoramiento sobre recursos económicos, tratamientos y escolarización.
- Los profesionales del ámbito educativo señalan, que su mayor aportación como profesional al atender a la familia son los aspectos relacionados con pautas de crianza en la educación, coordinación y coherencia con la educación familiar y creación de redes sociales para los padres.
- Dentro de las actividades de formación que realizan con las familias, la terapia familiar y grupos de apoyo, son las más realizadas por servicios sociales.
- El ámbito social dispone de protocolos para la intervención familiar. Cuánto más pequeños son los centros de nuestra muestra más sistematizado está el trabajo con las familias (mayor número de protocolos).
- Las cifras de empleo de protocolos para el apoyo y formación de la familia son bajas en los dos ámbitos (40,73%).

- Los perfiles profesionales en la atención a la familia en cada ámbito son distintos predominando en los dos ámbitos el psicólogo y el orientador de los Equipos de Atención Temprana. Hay poca presencia del perfil profesional pedagogo y psicopedagogo en la atención a la familia.
- Se realizan más actividades de formación para las familias en el ámbito educativo (escuelas de padres y jornadas, seminarios) Cuanto más pequeños son los centros más actividades de formación hay para las familias (son las Casas de niños).
- Se realizan menos actividades para las familias, en el ámbito social y son de carácter más clínico (terapia familiar y grupos de apoyo).
- Todos los profesionales consultados señalan distintas propuestas de mejora en la atención a la familia como son flexibilizar la organización del centro (ámbito social) y recursos económicos (ámbito educativo).
- Respecto a las actividades de formación hay una mayor experiencia en el ámbito social y, así como, una mayor frecuencia.
- Los espacios específicos para trabajar con las familias aparecen más en el ámbito educativo.
- Todos los profesionales señalan la baja implicación de las familias en las actividades de formación.
- Son los profesionales con más formación en intervención familiar y con más tiempo en su horario laboral para atender a las familias. Los profesionales del ámbito educativo señalan como propuestas de mejora en la atención a las familias mayores recursos económicos y mayor colaboración por parte de las familias.
- En el ámbito social, la periodicidad de las actividades es más frecuente y también llevan más tiempo realizándolas.
- La existencia de un espacio en el centro para las actividades de las familias aparece más en el ámbito educativo.
- La implicación de las familias en las diferentes actividades de formación no es la deseada por los profesionales. Es necesario contar con mayor participación de los padres. La necesidad de fomentar y planificar cambios en los servicios de Atención Temprana, encaminados a conseguir una mayor calidad en los mismos lleva, a su vez, a la necesidad de replantear y explicitar objetivos de intervención

---

hacia la familia, orientados estos a buscar satisfacer las necesidades de la familia sin por ello dejar de atender criterios técnicos de intervención

- Hemos encontrado que hay pocos procedimientos establecidos para detectar las necesidades de las familias, lo que no favorece una buena planificación y gestión de las actividades para las familias. Son las madres, las que realizan una mayor demanda de actividades de apoyo y formación. Se empieza a demandar actividades de apoyo para otros miembros de la familia, como abuelos y hermanos lo que refleja un cambio en los apoyos a la familia.
- Los profesionales encuestados señalan que hay apoyo económico de las instituciones públicas para las actividades de formación familiar, pero aparecen diferencias, siendo el ámbito social en el que las familias se ven obligadas a costear esas actividades por falta de recursos en los centros.
- Hemos encontrado carencias importantes en la formación de los profesionales en AT en intervención familiar. Los profesionales manifiestan un gran interés por mejorar su formación para el desempeño de su trabajo con las familias. No hay una planificación desde los centros y servicios de la formación continua de los profesionales. Se debe avanzar en la formación y especialización de los profesionales para el trabajo con las familias.
- Encontramos diferencias en la organización de los CDIAP en Cataluña. Los perfiles profesionales de los equipos de los CDIAP están constituidos por especialistas del ámbito médico, educativo y social. Son equipos interdisciplinarios. Los profesionales atienden a un mayor número de familias, teniendo diferentes niveles de atención, no sólo atienden a la población con patología sino tiene una mayor importancia la dimensión preventiva. También tienen una mayor planificación y organización en el apoyo y formación de la familia.
- Los CDIAP de Cataluña ofrecen más actividades de apoyo y formación para las familias. Existen diferencias en cuanto a la oferta de actividades formativas para las familias: modelo más clínico en los centros de AT de la CAM (terapia familiar) y, modelo más educativo en los CDIAP de Cataluña (escuelas de padres y grupos de apoyo).
- Las actividades de formación para las familias, tienen una mayor tradición en los CDIAP, se lleva realizando desde hace más de 5 años (80 %).
- Son los CDIAP de Cataluña quienes mayoritariamente planifican la formación continua de los profesionales en los centros (96%).

- La participación de las familias en las actividades de formación es mayor en los CDIAP de Cataluña.

Entre las **limitaciones** de estudio plantear varias cuestiones:

Queremos señalar que por las propias características del instrumento de recogida de información, encontramos cierta subjetividad en las respuestas de los profesionales, así como por la amplitud de la muestra que nos impide hacer generalizaciones de los resultados. Por lo que señalamos la necesidad de investigaciones posteriores que repliquen los resultados.

La amplitud del tema de trabajo nos ha impedido profundizar sobre las tareas específicas que se realizan con las familias. El no haber incluido preguntas sobre las tareas que realizan los profesionales en este tiempo establecido para atender a las familias, no sabemos si hay otras cuestiones, más allá de lo preguntado, que ocupen este tiempo y no han quedado del todo recogidas y que esperamos investigar en futuros proyectos.

Nos hubiera gustado en el análisis de resultados contar con los profesionales del ámbito sanitario. Creemos que la escasez de unidades de AT, así como por las reticencias de los profesionales de este ámbito, que continúan trabajando en un modelo clínico rehabilitador nos ha limitado conocer en profundidad lo que ocurre en este ámbito (sólo han sido seis profesionales).

Por otro lado para llegar a posibles líneas de mejora en los planteamientos teóricos-prácticos de la atención a la familia en AT nos ha faltado analizar la AT desde el punto de vista de las familias, pero eso sería objeto de otra investigación.

Igualmente nos hubiera gustado conocer la situación de cada Comunidad Autónoma pero hay una práctica carencia de registros y datos de la situación de AT en las distintas comunidades, lo cual resulta muy difícil abordar.

Como **líneas futuras de nuestra investigación, consideramos necesario:**

1. Modelos de coordinación e investigación entre profesionales en temas de familia
2. Incluir protocolos de información relativos a la familia en los distintos ámbitos y servicios de Atención Temprana.
3. Elaboración de programas de evaluación del funcionamiento de los centros de AT y expresamente de la autosatisfacción de todos los implicados: padres/profesionales

- 
4. Creación de una base de documentación sobre AT de ámbito Nacional donde se recojan los modelos, servicios y actuación en AT y, en concreto con los padres
  5. Facilitar la reflexión del profesional sobre su propia práctica y sobre cómo mejorarla.
  6. Establecimiento de sistemas de información y de gestión del conocimiento para promover el intercambio de información y conocimientos, entre los centros de Atención Temprana y otras instituciones.
  7. Creación de una base de investigación sobre actividades y programas para padres en AT.
  8. Aportar a los responsables datos cuantitativos y cualitativos sobre la atención a la familia en AT, que contribuyan a la mejora de los servicios que se están desarrollando.

La necesaria discusión sobre estos resultados y sobre las conclusiones por nosotros avanzadas, en las que es importante apreciar importantes "sombras y luces" con relación a la situación del apoyo y formación de la familia en AT, requiere un espacio que excede de este ya extenso trabajo. Esta es una tarea que habremos de acometerse en breve y que será más fácil al haber difundido previamente estos resultados. Por otra parte lo deseable sería, además, que esa discusión se ampliara con las opiniones de las familias pues, sin lugar a dudas, sería la mejor garantía para consolidar los importantes logros que en materia de AT se han conseguido en los últimos años en nuestra comunidad autónoma en particular, pero también para acometer los múltiples retos y mejoras que todavía se necesitan.

Nuestro trabajo ha intentado señalar los logros de la AT así como las necesidades para consolidar esta actuación y reconocer el papel de la familia como eje de este proceso.

## BIBLIOGRAFÍA

- AGENCIA EUROPEA PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES (2005). *Atención temprana. Análisis de las situaciones en Europa. Aspectos clave y recomendaciones*. Extraído el 17 de junio de 2009 desde Internet: <http://www.european-agency.org/site/info/publications/agency/ereports/docs/15docs/eci.es.pdf>
- AGENCIA EUROPEA PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES (2007). *Evaluación e inclusión educativa. Aspectos fundamentales en el desarrollo de la normativa y su aplicación*. Odense, Dinamarca: Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación de Necesidades Especiales.
- AGUILAR RAMOS, M. C. (2001). *Educación familiar: ¿reto o necesidad?* Madrid: Dyckinson.
- AINSCOW, M. (1995). *Necesidades especiales de aulas. Guía para la formación del profesorado*. Madrid: Narcea.
- ALONSO SECO, J. M<sup>a</sup>. (1997). Atención Temprana. En VVAA, *Realizaciones sobre discapacidad en España. Balance de 20 años (pp. 89-103)*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.
- ALONSO GARCÍA, J. (2005). Primeros entornos sociales y autoestima. Estudio en el contexto familiar con niños y niñas de tres, cuatro y cinco años. En Gútiérrez, P. (Ed.), *Atención Temprana. Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones (pp.121-131)*. Madrid: Ed. Complutense.
- ALONSO PARREÑO, M. J. (2008). *Los Derechos del niño con Discapacidad en España*. Madrid: Cinca. Colección CERMI. es, nº 38.
- ÁLVAREZ GÓMEZ, M. J. y MARTÍNEZ IRISARRI, I (2002). Programa de Atención Temprana a prematuros, recién nacido de bajo peso y recién nacidos de muy bajo peso en pediatría de Atención Primaria. *Boletín S.Vasco Nav.Pediatría*, 36, 54-58.
- ÁLVAREZ VÉLEZ, M. y BERÁSTEGUI PEDRO-VIEJO, A (Coords.) ( AÑO). *Educación y familia: la educación familiar en un mundo en cambio*. Madrid: Universidad de Comillas.
- ALBERDI, I (1994). *Informe sobre la situación de la familia en España*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- ALBERDI, I (1999). *La Nueva Familia Española*. Madrid: Taurus.
- AKER, B. L. (1997) Entrenamiento a padres. *Siglo Cero*. Vol. 28 (5), (13-19).
- ANTUÑA, J. (1992). Pasado y presente de la educación infantil. *Signos: Teoría y Práctica de la Educación*, 5-6.
- ANDRES VILORIA, C. (2008). La Atención Temprana en niños con Síndrome de Down. En Aranda Redruello, R. E. (Coord.), *Atención Temprana en educación infantil (pp.321-352)*. Madrid: Wolters Kluwer.
- ANDRES, C., PALACIOS, A. y VILLANUEVA, S. (2007). Programa de intervención con Síndrome de Down. En Vidal Lucena, M (Coord.), *Estimulación temprana (de 0 a 6 años). Desarrollo de capacidades, valoración y programas de intervención (pp. 123-150)*. Madrid: CEPE.
- ARANDA, R. y ANDRES, C. (2004). La organización de la Atención Temprana en la educación infantil. *Revista Tendencias Pedagógicas*, nº 9, 217-246. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.



- 
- ARANDA REDRUELLO, R. E. (Coord.) (2008). *Atención Temprana en educación infantil*. Madrid: Wolters Kluwer España.
- ARCUS, M. E. y THOMAS, J. (1993). The nature and practice of Family Life Education. En Arcus, M.E., Schvaneveldt, J.D. y Moss, J.J (Ed.), *Handbook of Family Life Education. The practice of Family Life Education*. Vol 2, 1-32. Newbury Park: Sage.
- ARIES, PHILIPPE (1993). La infancia. *Revista de Educación*, nº 254, España.
- ARIZCUN, J., GUERRA, R. y VALLE, M. (1994). Programas de control prospectivo. Poblaciones de alto riesgo de deficiencias. *Anales Españoles de Pediatría* nº 62, 26-32.
- ARIZCUN PINEDA, J. y RETORTILLO FRANCO, F. (1999). *La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid*. Madrid: GENYSI.
- ARIZCUN, J. Aspectos neonatológicos y factores de riesgo. *Revista de Neurología* 34/1, 136-222.
- ARIZCUN, J., GÚTIEZ, P. y RUIZ, E. (2006). *La formación de los profesionales de la Atención Temprana. Revisión y estado de la cuestión*. UCM-GENYSI. Extraído el 31 de abril de 2010 desde [http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/formacion\\_atinf.pdf](http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/formacion_atinf.pdf)
- ARNAL, J. y ARNAL, N. (1987). *Estudio de los resultados cuantitativos de una evaluación*. Barcelona: PPU.
- ARNAL, J del RINCÓN, D., y LATORRE, A. (1994). *Investigación educativa: fundamentos y metodologías*. Barcelona: Editorial Labor.
- ARNÁIZ; P. (2003). *Educación inclusiva: una escuela para todos*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- ARRILLAGA, A. (2007). *Educación infantil: apoyo al desarrollo*. I Reunión Interdisciplinar sobre Discapacidades/Trastornos del Desarrollo y Atención Temprana. Madrid: GENYSI e IMAP. Extraído el 12 de septiembre de 2008 desde [http://www.genysi.es/index.php?option=com\\_remository&Itemid=32&fun.=fileinfo&id=211](http://www.genysi.es/index.php?option=com_remository&Itemid=32&fun.=fileinfo&id=211).
- ASOCIACIÓN DE PADRES EUROPA (2000). *Informe final del programa piloto de formación para padres de la Asociación de padres Europea*. Extraído desde <http://www.epa.be/e/themes/training/projpil.html>.
- ASSIDO, J (1993). *Programa de Atención Temprana*. Madrid: CEPE
- AVELLANOSA CARO, I. (2005). La vinculación y sus dificultades. En Gútiez, P. (Ed.), *Atención Temprana. Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones* (pp.113-133). Madrid: Editorial Complutense.
- BALAGUER, I y MOSS, P. (2004). El lugar de la infancia en Europa. *Revista Infancia en Europa*, nº 2, 5-7.
- BANDURA (1977). *Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- BAQUERO, R Y NARODOWSKI, M. (1990). Normatividad y Normalidad en Pedagogía. *Revista Alternativas*, nº 6, 35-46.
- BAQUERO, R. y NARODOWSKI, M. (1994). ¿Existe la infancia ?. *Revista ICE*, nº 6, 61-67.
- BARTAU, I., MAGANTO, M., ETXEBERRIA, J. y MARTINEZ, R. (1999). La implicación educativa de los padres: Un programa de formación. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 10 (17), 43-52.

- BARTAU, I., MAGANTO, M., ETXEBERRIA, J. y MARTINEZ, R. (2001). La formación de padres: Una experiencia educativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, nº 25, 1-7.
- BARTOLOMÉ, M. (1988). Nuevas Tendencias en los diseños de investigación en España. En I. Dendaluze (coord.). *Aspectos metodológicos de la investigación educativa*. Madrid: Narcea.
- BATESON (1991). *La Medición del comportamiento*. Madrid: Alianza Editorial.
- BÉCACHE, S. (1993). *La Maternité et son decir*. Meyzieu: Césura.
- BELDA, J. C. (2002). *El desarrollo Infantil y la Atención Temprana*. Madrid: Paidós.
- BENNETT, J. (2007). *Resultados del análisis temático conducido por la OCDE sobre políticas de atención y educación de la Primera Infancia*. Nota de la UNESCO sobre las políticas de la Primera Infancia, nº 41. Extraído el 14 de septiembre de 2008 desde <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001547/154773S.pdf>
- BETTELHEIM, B. (1994). *No hay padres perfectos. El arte de educar a los hijos sin angustias ni complejos*. Barcelona: Crítica
- BISQUERRA, R. (Coord.). *Metodología de la Investigación Educativa*. Madrid: La Muralla.
- BLACKMAN, G. J y SIBERMAN, A. (2003). *Cómo modificar la conducta infantil*. Buenos Aires: Kapelusz.
- BLACKMORE, S. J. y FRITH, U. (2006). *Cómo aprende el cerebro. Las claves para la educación*. Barcelona: Ariel.
- BLUMA, S y COLS, (1978). *Guía Portage de Educación Preescolar*. EEUU: Wisconsin.
- BOUTIN, G. y DURNING, P. (1997). *Intervenciones socioeducativas en el medio familiar*. Madrid: Narcea.
- BOWLBY, J. (1982). *Los cuidados maternos y la salud mental* (4ª ed.). Buenos Aires: Humanitas.
- BOWLBY, J. (2003). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida* (4ª ed.). Madrid: Morata.
- BOWMAN, B.T. (2000). *Eager To Learn: Educating Our Preschoolers*. [Full Report and Executive Summary]. Washington, DC: National Research Council.
- BRAZELTON, T. B. y CRAMER, B. G. (1993) *La relación más temprana. Padres, Bebés y el Drama del apego Inicial*. Barcelona: Paidós.
- BRAZELTON, T. B. (2001). *Momentos claves en la vida de tu hijo*. Barcelona. Plaza y Janés.
- BRAZELTON, B. y GREENSPAN, S. (2005). *Las necesidades básicas de la infancia*. Barcelona: Graó.
- BREDEKAMP, S. (1987). *Developmentally appropriate practice in early childhood programs serving children from birth through age 8*. Washsington, DC: NAEYC.
- BRICKER, D. (1991). *Educación temprana de niños en riesgo y disminuidos. De la primera infancia a preescolar*. México, D.F: Trillas.
- BRONFENBRENNER, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona. Paidós.
- BRUER, J. T. (2000). *El mito de los tres primeros años. Una nueva visión del cerebro y del aprendizaje a lo largo de la vida*. Buenos Aires: Paidós.

- 
- BRUNET, J. J. y NEGRO, J. L. (1985). *¿Cómo organizar una escuela de padres?* Tomos I y II. Madrid: S. Pío X.
- BRYAT, D. M (1989) Eficacia de una intervención temprana en los casos de alto riesgo. En *Análisis de la eficacia de los programas de Intervención Precoz en niños en situación de riesgo a causa de su entorno* (pp. 41-94) Madrid: Ministerio de Asunto Sociales.
- BUENDIA EISMAN, L., COLÁS BRAVO, P y HERNÁNDEZ PINA, F. (2003). *Métodos de investigación en Psicopedagogía*. Madrid: McGrawHill.
- CABRERA, M. C. y SÁNCHEZ PALACIOS, C. (1984). *La estimulación precoz. Un enfoque práctico*. Madrid: Siglo XXI.
- CALERO, J. (2006) *La equidad en educación. Informe analítico del sistema educativo español*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- CAMPBELL, S.K (1983). Effects of developmental intervention in the special care nursery. En Wolraich. M. y Routh. D.K (eds). *Advances in developmental and behavioral pediatrics* Greenwich, CI: JAI Press (vol 4) (pp.165-179)
- CAMPO, S. (1991). *La nueva familia Española*. Madrid: Eudema.
- CAMPOS, A. (2000). Intervención social en el entorno natural de la familia en programas de Atención Precoz. *Desenvolupament Infantil i Atenció Precoz*, 15-16, 37-49.
- CAMPOS CASTELLO, J. (1989). Lecciones de neurología infantil. *Revista Neurología*, vol, 9 (24-34).
- CAMPOS CASTELLÓ, J. (2001). Hipotonía Neonatal. *Revista Neurología*, vol, 16 (241-244).
- CAMPOS CASTELLÓ, J. y CAMPOS SOLER, S. (2005). La Maduración Neurológica Normal del Niño. En Gútiez, P. (Ed.), *Atención Temprana. Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones* (pp.83-104). Madrid: Editorial Complutense.
- CANDEL GIL, I. (1998). Atención temprana. Aspectos teóricos y delimitaciones conceptuales. *Revista Atención Temprana Murcia*. Vol.1 nº1, 9-15.
- CANDEL GIL, I. (Dir.) (1999). *Programa de Atención Temprana*. Madrid: CEPE.
- CANDEL, I. (2000). Bases de la integración: familiar, escolar y social. En Juan, M. J y Mondéjar, P (Coords.). *Integración familiar, escolar y social. Periodo infantil y escolar*. Alicante: APSA.
- CATALDO, C. Z. (1991). *Aprendiendo a ser padres: conceptos, contenidos para el diseño de programas de formación de padres*. Madrid: Visor.
- CARBONEL, J. L. (1995). *Educación Infantil. Bases legales y organizativas*. Madrid: Escuela Española.
- CARPENTER, B. y EGERTON, J. (Coord.) (2005). *Early Childhood Intervention. Internacional perspectivas, nacional initiatives and regional practices* [Intervención Temprana. Perspectivas Internacionales, iniciativas nacionales y practicas locales]. Great Britain: West Midiands SEN Regional Partnership.
- CARRASCO, J. B. y CALDERERO HERNÁNDEZ, J. F. (2000). *Aprendo a investigar en Educación*. Madrid: Rialp.
- CASAS LUENGO, O y ALONSO FRANCO, A. C. (2002). *El proyecto Piña : Si tú estás bien, será más feliz. (APNABA – Centro de Atención a personas con autismo)*.

- En XI Congreso AETAPI (Asociación Española de Profesionales del Autismo), "Construyendo un futuro de calidad". Santander.
- CASADO, D. (2002). *Reforma política de los servicios sociales*. Madrid: CCS.
- CASADO, D. (2006). La atención temprana en España. Jalones de su desarrollo organizativo (I). *Polibea*, nº 78, 13-21.
- CASADO, D. (2006). La atención temprana en España. Jalones de su desarrollo organizativo (II). *Polibea*, nº 79, 11-19.
- CASTAÑO, J. (2002). Plasticidad neuronal y bases científicas de la neurohabilitación. *Revista de Neurología* nº 34 (supl. 1), 130-135.
- CASTELLANOS, P., GARCÍA SÁNCHEZ, F.A. y MENDIETA, P. (2000). La estimulación sensoriomotriz desde el Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana. *Siglo Cero*, 31 (4), 5-13.
- CASTELLANOS, P., GARCÍA SÁNCHEZ, F. A., MENDIETA, P., GÓMEZ LÓPEZ, L. y RICO, M. D. (2003). Intervención sobre la familia desde la figura del Terapeuta-tutor del niño con necesidades de Atención Temprana. *Siglo Cero*, 34 (3), 5-18.
- CASTILLEJO (1989). *La atención a la primera infancia*. Madrid: Santillana.
- CERMI (2005). *Plan de Acción del CERMI Estatal en materia de Atención Temprana a personas con Discapacidad*. Madrid: CERMI.
- CERMI (2003). *Plan para la protección de las familias con personas discapacitadas*. Madrid: CERMI.
- COHEN, B. (2004). ¿Se hará mayor la Unión Europea? ¿Ganarán ahora las niñas y los niños sus derechos como ciudadanos? *Revista Infancia en Europa*, nº 2, 10-11.
- COHEN, B., WALLACE, J., MOSS, P. y PETRIE, P (abril-2003). *Nota de la UNESCO sobre las políticas de la Primera Infancia*, nº 12. Extraído el 24 de abril de 2010 desde [http://www.waece.org/notas\\_unesco/nota12sp.pdf](http://www.waece.org/notas_unesco/nota12sp.pdf).
- COLL, C. (1990). Psicología y Educación: aproximación a los objetivos y contenidos de la Psicología de la Educación. En Coll, C., Palacios, J. y Marchesi, A (Comps.), *Desarrollo psicológico y Educación, II. Psicología de la Educación* (15-32). Madrid: Alianza Editorial.
- COLMENAR ORZAES, C. (1995). Génesis de la educación infantil en la sociedad occidental. *Revista Complutense de Educación*, vol 6, nº 1, 15-29.
- COMISIÓN EUROPEA (1995). *Guía Europea de la Buena Práctica. Hacia la igualdad de Oportunidades de las personas con discapacidad*. Helios II (1994-96).
- COMISIÓN EUROPEA (1996). Objetivos de calidad en los servicios infantiles. En *Revista de Infancia en Europa*, nº 2, 16-19.
- COMISIÓN EUROPEA (2006). *Organización del sistema educativo español 2006-2007*. EURODYCE. Extraído el 10 de junio de 2009 desde <http://eacea.ec.europa.eu/portal/page/portal/Eurydice/EuryPresentation>.
- COMISIÓN DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA CON DISCAPACIDAD DE LA CAM (2007). Propuesta para el desarrollo normativo en Atención Temprana en la Comunidad de Madrid. Madrid: GENYSI. Extraído el 20 de abril de 2009 desde <http://www.gwnysi.es/index.php?option=com&Itemid=32&func=fileinfo&id=4>.
- COMISIÓN DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA CON DISCAPACIDAD DE LA CAM (2007). PROGRAMA DE coordinación Interinstitucional en Atención

- 
- Temprana. Madrid: GENYSI. Extraído el 20 de abril de 2009 desde <http://www.gwnysi.es/index.php?option=com&Itemid=32&func=fileinfo&id=18>.
- COMISIÓN EUROPEA (1996). Objetivos de calidad en los servicios infantiles. Comisión Europea por la Red de Atención a la Infancia. En Revista de Infancia en Europa nº2, 2004, 16-19.
- COMUNIDAD DE MADRID (2002). II Plan de Atención a la Infancia y la Adolescencia (2002-2006). Madrid: Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Extraído el 2 de julio de 2009 desde [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_PlanesFA&cid=1114194889435&idConsejeria=1109266187278&idListConsj=1109265444710&language=es&paginame=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109265843983](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_PlanesFA&cid=1114194889435&idConsejeria=1109266187278&idListConsj=1109265444710&language=es&paginame=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109265843983).
- COMUNIDAD DE MADRID (2003). *Estudio Demográfico de la CAM. Prevalencia de las limitaciones del desarrollo*. Extraído el 30 de julio de 2008 desde <http://paidos.rediris.es/genysi/framnf.htm>.
- COMUNIDAD DE MADRID (2008). *Pliego de condiciones para la contratación de servicios de Atención Temprana*. Madrid. Extraído el 8 de mayo de 2008 desde <http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1203334374151&language=es&pagina me=PortalContratacion%2FPage%2FPCON> contenido Final.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES (1997). *I Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la Comunidad de Madrid* (1997-2002). Comunidad de Madrid.
- CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN (2000). *Plan de evaluación de las escuelas de Educación Infantil de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Educación. Dirección General de centros Docentes.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD (2005). *Plan de Acción para Personas con Discapacidad (2005-2008)*. Comunidad de Madrid.
- CONSEJO ESCOLAR DE LA COMUNIDAD DE MADRID. *Informe 2009 sobre la situación de enseñanza no universitaria en la Comunidad de Madrid 2007-2008*. Documento en pdf. Extraído el 18 de abril del 2010 desde [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3D000\\_Informe2009\\_ConsejoEscolarCMadrid.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1266139165921&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3D000_Informe2009_ConsejoEscolarCMadrid.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1266139165921&ssbinary=true).
- CONSEJO DE EUROPA (2006). *Plan de Acción del Consejo de Europa (2006-2015)*, aprobado por Recomendación Rec (2006)5 adoptada por el Comité de Ministros el 5 de abril de 2006. Recuperado por última vez el 24 de abril de 2010 en [http://www.coe.int/t/e/social\\_cohesion/soc-sp/Rec\(2006\)5%20Spain.pdf](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Rec(2006)5%20Spain.pdf).
- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA (1978).BOE, nº 311, de 29 de diciembre.
- CORIAT, L. (1974). *Maduración psicomotriz en el primer año del niño*. Buenos Aires: Editorial Emisor.
- CORIAT, L. (1977). Estimulación temprana: la construcción de una disciplina en el campo de los problemas del desarrollo infantil. *Escritos de la Infancia*, nº 8, 29-37. Buenos Aires: Fundación para el Estudio de Problemas de la Infancia.
- CUNNINGHAM, C. y SLOPER, P. (1986). *Estimulación precoz en casa. Guía práctica para los padres del niño discapacitado*. Madrid: INSERSO.
- CUNNINGHAM, C. y DAVIS, H. (1988). *Trabajar con los padres*. Madrid: Siglo XXI.
- CLARKE-STEWARD, A. (1984). Day care: A new context for research and development. In M. Perlmutter (ed.). *The Minnesota Symposia on Child*

- Psychology*, vol.17. *Parent-child interaction and parent-child relations in child development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- CRYER, D.; TIETZE, W.; BURCHINAL, M.; LEAL, T. & PALACIOS, J. (1999). Predicting process quality from structural quality in preschool programs: A cross-country comparison. *Early Childhood Research Quarterly*, 14 (3), 339-361.
- DAHLBERG, G., MOSS, P. y PENCE, A. (2005). *Más allá de la calidad en educación infantil: perspectivas posmodernas*. Barcelona: Graó.
- D'ÁNGELO, E (1996). *La intervención psicopedagógica en niños/as con factores de alto riesgo biológico durante su desarrollo centrada en los estilos comportamentales de la familia: un estudio etnográfico en el ámbito hospitalario*. Tesis doctoral. Universidad Complutense.
- DECLARACIÓN DE SALAMANCA (1994). *Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad*. Revisado el 11 de febrero de 2008 desde [http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/doc/leyes/dec\\_sal.htm](http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/doc/leyes/dec_sal.htm).
- DECRETO 84/2008, de 17 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establece para la Comunidad de Madrid el currículo del Ciclo Formativo de Grado Superior correspondiente al título de Técnico Superior en Educación Infantil.
- DELGADO, M. (1994). Cambios recientes en los procesos de formación de la familia. Madrid. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 64, 123-154.
- DE FRANCISCO RODRÍGUEZ, M. J. (2005). Bases psicopedagógicas de la AT: la atención a la primera infancia desde un contexto educativo. Diseño curricular de la educación infantil. En Gútiérrez Cuevas, P. (Ed.). *Prevención, detección e intervención en el desarrollo de 0 a 6 años y sus alteraciones* (pp. 189-206). Madrid: Ed. Complutense.
- DE LINARES VON SCHMITERLÖW, C. (2003). El papel de la familia en Atención Temprana. *Minusval*, nº especial Atención Temprana, 67-70. Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales. INSERSO
- DE LINARES VON SCHMITERLÖW, C y PÉREZ LÓPEZ, J (2004). Programas de intervención familiar. En Pérez López, J. y Brito de la Nuez, A. (coord). *Manual de Atención Temprana* (pp.353-363). Madrid: Pirámide.
- DE LINARES, C. y RODRÍGUEZ, T. (2004). Bases de la intervención familiar en Atención Temprana. En Pérez-López, J y Brito de la Nuez, A (coord). *Manual de Atención Temprana* (pp. 333-348). Madrid: Pirámide.
- DEL RÍO, P. y ÁLVAREZ, A. (1985). La influencia del entorno en la educación: la aportación de los modelos ecológicos. *Infancia y aprendizaje*, nº 29, 3-32.
- DEL RIO SARDONILL (2003). *Métodos de investigación en educación. Procesos y diseños no complejos*. Vol. I. Madrid: UNED.
- DELVAL, J. (1994). Sobre la Historia del estudio del niño. *Infancia y Aprendizaje*, vol.44, 59-108.
- DE LA ORDEN, A. (Coord.) (1985). *Investigación educativa. Diccionario de Ciencias de la Educación*. Madrid:Anaya.
- DENHOFF, E. (1981). *Development deviations. Developmentally disabled children*. New Cork: M.Dekker.
- DIVISION FOR EARLY CHILDHOOD (2006). *Research Priorities for Early Intervention and Early Childhood Special Education* [Prioridades de Investigación en Intervención Temprana y Educación Especial para la infancia

- 
- Temprana]. Research Comité. Extraído el el 25 de julio de 2008 desde <http://www.dec-sped.org/>
- DOLTÓ, F. (1994). *¿Tiene el niño derecho a saberlo todo?* 4ªed. Barcelona: Paidós.
- DONNA M.BRYANT Y GRAIG T. RAWLEY (1989). Análisis de la eficacia de los programas de intervención precoz en niños de riesgo a causa de su entorno. En Guralnick, *Eficacia de una intervención temprana en los casos de alto riesgo*(pp. 41-94). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- DUNST, C.J. (1985). Rethinking Early Intervention [Repensando la Intervención Temprana]. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 5, 165-201.
- DUNST, C.J. (2004). Revisiting Rethinking Early Intervention [Revisando "Repensando la Intervención Temprana"]. En Feldman, M. *Early Intervention. The essential readings* (pp.262-283). USA: Blackwell Publishing.
- ESPINA, A Y ORTEGA, M.A. (2003). *Discapacidades físicas y sensoriales: aspectos psicológicos familiares y sociales*. Madrid: Editorial CCS.
- EARLY CHILDHOOD LEARNING y KNOWLEDGE CENTER (ECLKC). *Acerca de Head Start. Office of Head Start*. Recuperado por última vez el 24 de abril de 2010 en <http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hsic/Espanol/Acerca%20de%20Head%20Start>.
- EGIDO GÁLVEZ, I. (1995). La educación infantil en los países de nuestro entorno. *Revista Complutense*. vol, 6 nº 1, 31- 47.
- EGIDO GÁLVEZ, I. (2000). La educación inicial en el ámbito internacional: situación y perspectivas en Iberoamérica y en Europa. *Revista Iberoamericana de Educación*. nº 22, 119-154.
- EPSTEIN, J.L. (1996). Perspectivas and previews on research and policy for School, Family and communit y Part nerships. En Booth, A y Dumm, J.F., *Family School Links. How du they affect educational out comies?*. New Jersey: LEA.
- EURLYAID (2009). *Sociedad Europea de AT. Manifiesto y Grupo de Trabajo de Atención Temprana*. Extraído el 20 de marzo de 2010 desde [http://www.eurlyaid.net/eurlyaid\\_general.html](http://www.eurlyaid.net/eurlyaid_general.html).
- EVERITT, B.S y WYKES, T. (2001). *Diccionario de Estadística para psicólogos*. Barcelona. Ariel Practicum.
- EYER, D.E. (1995). *Vinculación madre-hijo. Una ficción científica*. Barcelona: Herder.
- FEAPS (2001). *Manual de Buenas Prácticas en Atención Temprana*. Madrid: FEAPS.
- FEAPS MADRID (2004). *Memoria de Actividades 2004 y Plan de Acción 2005*. Recuperado por última vez el 28 de marzo de 2010 en <http://feapsmadrid.org/export/sites/feaps/recursos/docs/memorias.html/2004.pdf>
- FEUERSTEIN, R. (1979). Cognitive modifiability in retarded adolescents effects of instrumental enrichment. *American Journal of Menal Deficiency*, 83 (6), 539-550.
- FEUERSTEIN, R (1980). *Instrumental Enrichment. An Intervention Program for Cognitive Modifiability*. Baltimore: University Park Press.
- FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, S. (2003). Grupo de apoyo a hermanos. *Revista Trabajo Social Hoy*, nº 39, 7-17.
- FERRANDO, Mª T. (2007). *Educación infantil, necesidades educativas especiales y neuropediatría: conveniencia de una actuación multidisciplinaria*. I Reunión Interdisciplinar sobre Discapacidades. Trastornos del Desarrollo y Atención

- Temprana. Madrid: GENYSI e IMAP. Extraído el 12 de septiembre de 2008 desde [http://www.genysi.es/index.php?option=com\\_remository&itemid=32&func=fileinfo&id=217](http://www.genysi.es/index.php?option=com_remository&itemid=32&func=fileinfo&id=217).
- FILKENSTEIN, B. (1986). La incorporación de la infancia a la historia de la educación. *Revista de Educación*, 281, 19-46.
- FORNER y LATORRE, A. (1996). *Diccionario terminológico de investigación educativa y psicopedagógica*. Barcelona: EUB.
- FORREST C. BENNET (1989). Eficacia de una intervención precoz en niños con mayor riesgo biológico (95-142) en eficacia de una intervención temprana en los caos de alto riesgo. Ministerio de asuntos sociales.
- FLANDIN, J. L. (1979). *Orígenes de la familia moderna*. Barcelona: Grijalbo.
- FLAQUER, L. L. (1997.) *El destino de la familia*. Barcelona: Ariel
- FLAQUER, L. L y SOLER, (1990). Permanencia y cambio en la familia española. Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas.
- FRÍAS, S Y LÓPEZ, B (2006) El protagonismo de la intervención educativa de la familia con hijos discapacitados. En Fernández, M y García, A. (dir.), *Orientación Familiar: familias afectadas por la enfermedad o deficiencia*. Burgos: Universidad de Burgos.
- FRESNILLO POZA, V. y cols. (2001). *Escuela de Padres*. Departamento de prevención y familia. Madrid: Área de Servicios Sociales.
- GARCÍA ERCHEGOYEN, E. (1987). *El diagnóstico temprano y la intervención temprana. Reflexiones sobre aspectos posibles de investigación*. Uruguay: Instituto Americano del Niño.
- GARCÍA HERNÁNDEZ, M. (2005). La construcción de valores en la familia. en Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp.201-221). Madrid: Alianza Editorial.
- GALLEGO O., J.L. Y FERNÁNDEZ de H., E. (2003). De la Educación Preescolar a la Educación Infantil En Gallego O. J.L y Fernández de H. E. *Enciclopedia de Educación Infantil*, Volumen I (27-53). Aljibe: Madrid
- GALOFRE, R. y LIZÁN, N. (2005). *Una escuela para todos. La integración veinte años después*. Madrid: Ediciones de la Torre.
- GARCÍA FERNÁNDEZ, J. M.; GUILLÉN GOSÁLBEZ, C.; LORENZO, M. A. (2002). *Adaptación en familias con un hijo con discapacidad intelectual*. En García Fernández, J. Mª; Pérez Cobacho, J. y Berruelo, P., *Comunicación e intervención: De la teoría a la práctica*. Madrid: CEPE.
- GARCÍA GARRIDO, J. L. (1986). Trayectoria histórica de la educación preescolar .En AAVV *Enciclopedia de la Educación Preescolar* (pp. 47-58) Tomo 7. Madrid: Santillana.
- GARCÍA SÁNCHEZ, F. A. (2004). El futuro de la Atención Temprana. En M.L. Guzmán, P. de Bernardo, R. Abejón, y J. M. Tejero (Coords.), *Libro de Ponencias en las II Jornadas de Atención Temprana y Salud Mental en Castilla La Mancha* (pp. 128-138). Toledo: APATCAM. Extraído el 7 de mayo de 2009 desde [http://www.apintegracion.org/doc/libro\\_ponencias.doc](http://www.apintegracion.org/doc/libro_ponencias.doc)
- GARCÍA SÁNCHEZ, F. A. (2002). Reflexiones sobre el futuro de la Atención Temprana desde un Modelo Integral de Intervención. *Siglo Cero*, 32 (2), 5-14.



- 
- GARCÍA SÁNCHEZ, F. A. (2003). Objetivos de futuro de la Atención Temprana. *Revista de Atención Temprana*, 6 (1), 32-37.
- GIL CHARCO, G. y RUBIO PELÁEZ, D. (2000). *Guía de Padres. Orientación para padres de disminuidos psíquicos*. Toledo: Soubriet.
- GARRENDIA, L. M y DÁVILA, P. (2005). La infancia en la historia: espacios y representaciones. En Grana Gil, I., *De la enseñanza de párvulos a la educación preescolar en España* (pp. 209-216). San Sebastián: Erein.
- GARRIDO, L y GIL CALVO, E. (1993). *Estrategias familiares en un mundo en cambio*. Madrid: Alianza Editorial.
- GÉLIS, J. (1994). La individualización del niño. En Aries, P. y Duby, G., *Historia de la vida privada*. Barcelona: Taurus.
- GENERALITAT CATALANA (2007). Estadísticas personas con discapacidad. Extraído el 12 de septiembre de 2008 desde <http://.idescat.cat/cat/societat/discapacitats.html>.
- GENTO PALACIOS, S. (1996). *Instituciones Educativas para la Calidad Total*. Madrid: LaMuralla.
- GENTO PALACIOS, S. (2003). La investigación en Educación Especial. En Gento, S (coord.), *Educación Especial* (pp. 545-659). Madrid: Sanz y Torres.
- GERVILLA, E. (coord), (2003). *Educación Familiar, nuevas relaciones humanas y humanizadoras*. Madrid. Nancea.
- GESSELL, A. L. (1989). *El niño de 1 a 5 años*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- GIMÉNEZ-DASÍ, M y MARISCAL ALTARES, S. (2008). *Psicología del Desarrollo desde el Nacimiento a la Primera Infancia*. Madrid: Ed.Mc Graw Hill.
- GINÉ, C. (1999). L'Atenció precoz a Catalunya: serveis i qualitat. Barcelona: Facultat de Psicologia y CC. de la Educació. Universitat Blanquerna.
- GINÉ, C., GARCÍA-DIÉ, M. T., GRÀCIA, M. y VILASECA, R (2002). *La participación de los padres en la Atención Temprana en Catalunya*. I Congreso Nacional de Atención Temprana. Asociación de Atención Temprana de la Región de Murcia (ATEMP)
- GINÉ, C. (2006). Repensar la Atención Temprana: propuestas para un desarrollo futuro. *Infancia y aprendizaje*, vol 29, nº 3, 297-314.
- GÓMEZ GONZÁLEZ, E. (1999). Las Familias con niños discapacitados. *Revista Minusval*, nº 120, 10-11.
- GÓMEZ ARTIGA, A. y VIGUER SEGUÍ, P. (2007). Aproximación al estudio de la Intervención Temprana: antecedentes, orígenes y evolución histórica. En Gómez, A; Viguer, P. y Cantero, Mª J, *Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años* (pp. 21-35). Madrid: Pirámide.
- GONZÁLEZ MAS, R. (1978). *Estimulación sensoriomotriz precoz*. San Sebastián: SIIS.
- GONZÁLEZ, E. y BUENO, J. A. (2003). *Psicología de la Educación y del Desarrollo en la Edad Escolar*. Madrid. Ed.CCS
- GRANDE FARIÑAS, P. (2010). *Estudio de la Coordinación interinstitucional en Atención Temprana en la Comunidad de Madrid*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- GRAU RUBIO, C. (Coord.) (2005). *Educación Especial: orientaciones prácticas*. Málaga: Ediciones Aljibe.

- GROARK, C. J., MEHAFFIE, K. E., McCALL, R. B. y GEENBERG, M.T. (2007). *Practices and Programs for Early Childhood* [Prácticas y Programas para la Primera Infancia]. California: Corwin Press.
- GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA (2000, 2005). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA (2005). *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA (2004). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- GRUPO PADI (1996). *Documento sobre criterios de calidad en Atención Temprana*. Madrid: GENYSI.
- GRUPO PADI (1999). *La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid. Situación actual y documentos del Grupo PADI*. Madrid: GENYSI.
- GURALNICK, M. J. (1993). Second generation research on the effectiveness of early intervention. *Early Education and Development*, 4, 366-378.
- GURALNICK, M. J. (1997). The effectiveness of early intervention [La eficacia de la Intervención Temprana]. Baltimore: Brookes Publishing.
- GURALNICK, M. J. y BENNETT, F. (1989). Eficacia de una intervención temprana en los casos de alto riesgo. En *Eficacia de una intervención Precoz en niños Minusválidos y en Situación de riesgo* (pp. 95-142). Madrid: MTAS- INSERSO.
- GURALNICK, M. y BRICKER, D. (1989). *Eficacia de la intervención precoz en niños con retrasos cognitivos y generales en el desarrollo*. Madrid: MTAS-INSERSO.
- GURALNICK, M. (2000). *Interdisciplinary Clinical Assessment of Young Children with Developmental Disabilities* [Evaluación clínica interdisciplinaria de niños con discapacidades en el desarrollo]. Maryland (USA): Brookes Publishing.
- GURALNICK, M. (2001). *A Developmental Systems's Model for Early Intervention*. [Modelo de sistemas de desarrollo para la intervención Temprana]. *Infant and Young Children*, vol.14, nº.2, 25-42.
- GURALNICK, M. (2004). Effectiveness of Early Intervention for vulnerable Children: a developmental perspectiva [Efectividad de la Intervención Temprana para niños vulnerables: una perspectiva del desarrollo]. En Feldman (Ed.), *Early Intervention. The essential readings* (pp.9-50).Malden (USA): Blackwell Publishing.
- GUTIEZ, P; SAENZ RICO, B; VALLE, M. (1993). Proyecto de Intervención Temprana para niños de alto riesgo biológico, ambiental, con alteraciones o minusvalías documentadas. *Revista Complutense de Educación*, Vol 4 (2), 113-129.
- GÚTIEZ, P. (1995). La educación infantil: modelos de atención a la infancia. *Revista Complutense de Educación* Vol.6 (1), 101-114.
- GÚTIEZ, P. (Ed.) (2005). *Atención Temprana: Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones*. Madrid: Editorial Complutense
- HAWKINS, N. E. y SINGER, G. H. S. (1994). Modelo de entrenamiento en habilidades para ayudar a padres a enfrentarse al estrés. *Siglo Cero: Estrés familiar* (2). Vol. 25(2). nº 152.
- HEYMAN, J. (2002). *Transformaciones sociales y sus implicaciones para la demanda mundial de Cuidado y Educación para la Primera Infancia*. Nota de la UNESCO sobre las políticas de la Primera Infancia, nº 8. Extraído el 20 de febrero de

- 
- 2008 desde [http://portal.unesco.org/education/es/ev.php-URL\\_ID=43150&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/education/es/ev.php-URL_ID=43150&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html).
- HONING, A. S. (1982). Reflections on infant intervention programs: What have we learned. *Journal of Children in Contemporary Society*, 17 (1), 81-92.
- IDEA (2008). *Individuals with Disabilities Education Act* [Ley de Educación para personas con discapacidad]. Departamento de Educación: EEUU. Extraído el 28 de julio de 2008 desde <http://idea.ed.gov/>
- IGLESIAS DE USSEL, J. (2005). La familia española en el contexto Europeo. En Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 90-114). Madrid. Alianza Editorial.
- INE (1999). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencia y Estado de Salud*. Madrid: MTAS-Once\_INE. Extraído desde <http://www.ine.es/prodyser/pubewb/discapa/discapamenu.html>
- INE (2008). *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Extraída desde <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=2Ft15%2Fp418&file=inbase>.
- INSERSO (1982). *Circular 8 de enero de 1982 sobre Organización y funcionamiento de los Centros Base*. Documento interno del INSERSO. Madrid.
- INSERSO (1996). *Plan de Acción para las personas con Discapacidad (1997-2002)*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- INSERSO (1980). *Plan de Acciones de Recuperación para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales*. Madrid: INSERSO.
- INSTITUTO DE EVALUACIÓN (2008). *Evaluación de la Educación Infantil en España. Informe del estudio piloto 2007*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deportes. Extraído el 7 de septiembre de 2008 desde <http://www.institutoevaluacion.mec.es/contenidos/nacional/evainf2007.p.pdf>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2008). *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia*. Madrid: INE. Extraído el 18 de noviembre de 2009 desde <http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>.
- JÁUDENES CASAUBÓN, C. (Coord.) (2003). *Programa de intervención familiar. Guía de buenas prácticas para el funcionamiento de los servicios de atención y apoyo a familias de personas con discapacidad auditiva (SAFs)*. Madrid: FIAPAS.
- JÚDEZ Y GÓMEZ RODRIGUEZ, 1979.
- KRAEMER, S. (1998). Resilience and Attachment, *Parenting Forum Newsletter*, nº 7, 2-12.
- KRAUSS, M.W. (1997). Two generation of family research in early intervention. En Guralnick, M.J. (Ed.), *The Effectiveness of Early Intervention* (pp. 611-624). Baltimore: Paula Brookes Publishing.
- LAMORAL, P. (1996). *HELIOS II: Guía Europea de Buena Práctica: hacia la igualdad de oportunidades de las personas discapacitadas*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- LATORRE, A. del RINCÓN, D. y ARNAL, J. (1996). *Bases metodológicas de la Investigación Educativa*. Barcelona: GR92.

- LEBRERO BAENA, M. (2007). Estudio comparado de los nuevos Títulos de Grado de Educación Infantil en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). *Revista de Educación*, 343, mayo-agosto de 2007. UNED (275-299).
- LEBRERO BAENA, M. (2008). Atención socioeducativa a los derechos de la primera infancia. *Revista de educación*, 347,15-31.
- LEY 13/1982, de Integración Social de Minusválidos (LISMI). B.O.E. 30 de abril de 1982.
- LEY Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo
- LEY Orgánica 3/2001, de 21 de diciembre, de Universidades.
- LEY Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación.
- LEY Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
- LOBO ALEU, E. (2002). *Educación en los tres primeros años*. Madrid: Teleno.
- LLOYD DEMAUSE, L. (1982). *Historia de la infancia*. Madrid: Editorial Alianza.
- LÓPEZ LÓPEZ, M<sup>a</sup> T. (Coord.) (2006). *La familia en el proceso educativo*. Madrid. Cinca.
- LOSCERTALES, M. (2004). Intervención temprana centrada en la familia del recién nacido ingresado en U.C.I.N.: Un abordaje interdisciplinar. *Revista de Atención Temprana*, nº 7 (1), 6-20.
- LUENGO, J. A (1999). *Modelos de escolarización en Educación Infantil. Realidad actual y perspectivas de futuro en la Comunidad de Madrid*. Madrid: GENYSI. Extraído el 6 de mayo de 2009 desde <http://paidos.rediris.es/genysi/framedu/inf.htm>
- LUENGO, J y LUZÓN, A. (2001). El proceso de transformación de la familia tradicional y sus implicaciones educativas. *Revista Investigación en la Escuela. Contexto familiar, contexto escolar*, nº 44, 55-68.
- McMILLAN, J. y SCHUMACHER, S. (2005). *Investigación Educativa*. Madrid: Pearson Educación.
- MAÑANI, M Y SÁNCHEZ, P. (1977). Responsabilidad compartida entre familia y escuela. *Revista Infancia*, nº 41, 16-18.
- MEDINA REVILLA, A. (Coord.) (1993). *La formación del profesorado para una nueva educación infantil*. Madrid: Cincel.
- MEDINA, A. y CASTILLO, S. (Coord.) (2003). *Metodología para la realización de proyectos de investigación y tesis doctorales*. Madrid: Universitas.
- MELOGRANO, L. A. (Coord.) (2008). *La Formación Profesional del Maestro de Educación Infantil*. España: AMEI-Editorial de la Infancia.
- MENDIETA, P. y GARCÍA-SÁNCHEZ, F.A. (1998). Modelo integral de Intervención en Atención Temprana: organización y coordinación de servicios. *Siglo Cero* 29 (4), 11-22.
- MENDIETA, P. (2005). Intervención familiar en Atención Temprana. En Millá, G. y Mulas, F, *Atención temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención* (pp.789-806). Valencia: Promolibro.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA-UNESCO (1994). *Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales*. Aprobada por la Conferencia Mundial sobre necesidades educativas especiales:

- 
- Acceso y Calidad. Extraída el 24 de abril de abril de 2010 desde [http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA\\_S.PDF](http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_S.PDF).
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA Y TECNOLOGÍA (2002). *Sistema estatal de indicadores de la educación*. Madrid: Instituto de Calidad y Evaluación. Extraído el 17 de julio de 2009 en <http://www.ince.mec.es/pub/ind2002.pdf>
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA (2005). *Una educación de calidad para todos y entre todos. Propuesta para el debate*. Madrid: MEC.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2006). *Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (2006-2009)*. Madrid: MTAS. Extraído el 27 de septiembre de 2008 desde [http://www.pediatriasocial.com/Documentos/plan\\_inf\\_ad.pdf](http://www.pediatriasocial.com/Documentos/plan_inf_ad.pdf).
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN (2008-2012). *Plan Educa 3*. Extraído el 28 de julio de 2009 en <http://www.educacion.es/plana/educa3.html>.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1990). *Programa de Salud Materno-Infantil*. Dirección General de salud Pública. Extraído el 24 de mayo de 2010 en: <http://www.msc.es/ciudadanos/protecciónSalud/mujeres/docs/prosaludmaternoCompleto.pdf>
- MILLÁ, M<sup>a</sup> G. y MULAS, F. (2005) *Atención temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención*. Valencia: Promolibro.
- MILLÁ, M<sup>a</sup> G. y MULAS, F. (2002). Diagnóstico interdisciplinar en Atención Temprana. *Revista de Neurología*, Vol. 3 (I), 139-143.
- MINUCHIN, S. y FISHMAN, P. (1985). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- MINUCHIN, S. (1994). *Familias y Terapia familiar*. Barcelona: GEDISA.
- MONTULET, I. (1993). *L'Atenció Precoç a la Unió Europea*. Atenció Precoç. 3<sup>o</sup> Jornades. Diciembre 2-3. Barcelona.
- MOLL, B. (1992). *La educación infantil de 0-6 años*. Madrid: Anaya.
- MOLINA REX, P. (2003). *Grupos de formación para el manejo de la conducta infantil*. XIII Reunión Interdisciplinar sobre poblaciones de alto riesgo de Deficiencias. Madrid: GENYSI. Extraído desde <http://paidos.rediris.es/genysi>
- MONTORO ROMERO, R. (2004). *La familia en su evolución hacia el s.XXI*. Madrid: II Congreso la familia en el siglo XXI.
- MOSS, P. (1990). *Cuidado de los Hijos e Igualdad de Oportunidades*. Red Europea de Formas de Atención a la Infancia. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales-Centro de Estudios del Menor.
- MOSS, P. (2003). ¿Quién trabaja en educación Infantil?. *Infancia en Europa: Revista de una red de revistas europeas*, nº 5, 3-5
- MOSS, P. (2004). *Fuerza laboral de trabajo de la primera infancia: educación continua y perfeccionamiento profesional*. Nota de la UNESCO sobre las políticas de la Primera Infancia, nº 28. Extraído el 20 de marzo de 2008 desde <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001377/137731s.pdf>
- MOYA, J. L. (1978). Criterios psicopedagógicos en la intervención temprana con niños de 0 y 2 años. *Siglo Cero*. Nº III, 46.
- MUÑOZ GARRIDO, V. (2007). La formación del profesorado para atender a la diversidad: proteger la infancia, prevenir riesgos. En Pumares, I. y Hernández, M<sup>a</sup> L., *La formación del profesorado para la atención a la diversidad* (pp. 135-157). Madrid: Editorial CEP.

- MUSITU, G. y CAVA, M. J. (2001). *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro.
- NARODOWSKI, M. (1993). La pedagogización de la infancia. *Infancia y Poder*, nº 3, 109-132.
- NAVARRO GÓNDORA, J. (1999). *Familias con personas discapacitadas: características y fórmulas de intervención*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- NAVARRO GÓNGORA, J. (2004). *Enfermedad y familia. Manual de intervención psicosocial*. Barcelona: Paidós.
- NIETO, J Y BOTÍAS, F (2000). *Los equipos de orientación educativa y psicopedagógica*. Barcelona: Ariel.
- NUGENT, J.K. y BRAZELTON, T.B. (1989). *Preventive intervention with infants and families: The NBAS Model*. *Infant Mental Health Journal*. Vol. 10, No. 2, 84-97.
- NUÑEZ GARCÍA, J.A (1994). *Educación Infantil*. Madrid: CEPE.
- OCDE (2001). *Niños pequeños, grandes desafíos. La educación y el cuidado de la infancia temprana*. Extraído el 10 de septiembre de 2008 desde <http://www.oecd.org/dataoecd/1/53/1944197.pdf>
- ORDEN de la HOZ, A. (Coord.) (1985). *Investigación educativa*. Madrid: Anaya.
- ORTIZ FERNÁNDEZ, M. A. (Coord.) (2008). *Memoria del Proyecto Piloto de Coordinación Interinstitucional en Atención Temprana en el Municipio de Getafe*. Comisión de Discapacidad del Consejo de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad Autónoma de Madrid. Grupo Piloto de Coordinación Interinstitucional de Getafe. [http://paidos.Rediris.es/genysi.es/recursos/document/Informes/Corodinacion\\_Getafe.pdf](http://paidos.Rediris.es/genysi.es/recursos/document/Informes/Corodinacion_Getafe.pdf)
- OTERO, O. F. (1990). Orientación familiar y orientadores familiares. En García Hoz, V. (Dir.), *La educación personalizada en la familia. Tratado de Educación Personalizada* (pp. 349-373). Madrid: Rialp.
- PADILLA, E. M., BARBANCHO, M., MARTÍNEZ, A., JIMÉNEZ, F., NIETO, C. y SÁNCHEZ, A. (2008). Enfoque, estabilidad y continuidad de la escolarización en educación infantil (0-6 años). *Evolución Histórica en la C.A.M. Revista de Educación*, 347, 75-99.
- PALACIOS, J. y RODRIGO, M. J. (1998). La familia como contexto de desarrollo humano. En Rodrigo, M. J. y Palacios, J (Coord.), *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial.
- PALACIOS, A. y GONZÁLEZ, A. (2003). *Evaluación y Programas de Intervención Temprana*. Interpsiquis. Disponible en [http://www.psiquiatria.com/buscador/proxy.ats?item\\_type](http://www.psiquiatria.com/buscador/proxy.ats?item_type)
- PALAU, F. (2005). Bases genéticas de los trastornos del desarrollo. En MILLÁ, G. y MULAS, F., *Atención temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención* (pp. 109- 129). Valencia: Promolibro.
- PALLÁS ALONSO, C.R., DELA CRUZ BÉRTLO, J., PIJOÁN, J.L. y VALLÉS y SOLER, A. (2006). EuroNeoStat. Un sistema europeo de información sobre los resultados de la asistencia de los recién nacidos de muy bajo peso. *Anales Españoles de pediatría*. Vol. 65, nº 1, 1-4.
- PANIAGUA, G. y PALACIOS, J. (2005). *Educación Infantil. Respuesta educativa a la diversidad*. Madrid: Alianza.

- 
- PARRA ORTIZ, J. M. (2004). La participación de los padres y de la sociedad circundante en las instituciones educativas. *Revista Tendencias Pedagógicas*, nº 9, 165-187.
- PARRA, J. M. (2006). *La educación infantil: su dimensión didáctica y organizativa*. Grupo Editorial Universitario.
- PÉREZ ALONSO-GETA, P. (2003). Crianza y estilos familiares de educación. En Gervilla, E. (Coord). (2003), *Educación Familiar, nuevas relaciones humanas y humanizadoras*. Madrid: Narcea.
- PÉREZ ÁLVAREZ, S. (1991). *Las investigaciones exploratorias y descriptivas de las ciencias de la Educación*. Buenos Aires: Braga.
- PÉREZ GIL, R (Ed.) (2006). *Apoyando a las familias. Guía de actividades para mejorar la calidad de vida de las familias de personas con discapacidad intelectual*. Madrid: FEAPS.
- PÉREZ JUSTE, R. (1990). *Estadística Descriptiva*. UNED: Madrid.
- PÉREZ LÓPEZ, J. y BRITO DE LA NUEZ, A. G. (2004). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Psicología Pirámide.
- PERPIÑAN, S. (2003). Generando entornos competentes. Padres, educadores, profesionales de Atención Temprana: un equipo de estimulación. *Revista de Atención Temprana*, 6 (1), 11-17.
- PERPIÑAN, S. (2003). La intervención con familias en los programas de Atención Temprana. En I. Candel (Dir.). *Atención Temprana. Niños con Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo* (pp. 57-79). Madrid: Federación Española del Síndrome de Down.
- PETERANDER, F. (1999). *El futuro de la Intervención Temprana: calidad profesionalidad*. IX Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias: Madrid. Extraído el 15 de marzo de 2006 desde <http://paidos.rediris.es/genysi/framjor.htm>
- PETERANDER, F. (2004). Preparación de los profesionales que trabajan con familias en la primera infancia de intervención. *Revista para la Educación y Psicología Infantil*, vol. 21 (1), 88-99. Extraído el 20 de abril de 2010 desde [http://www.bps.org.uk/downloadfile.cfm?file\\_uuid=3B49C6CD-1143-DFDO-7E91-AA7210CF6ECF&ext=pdf](http://www.bps.org.uk/downloadfile.cfm?file_uuid=3B49C6CD-1143-DFDO-7E91-AA7210CF6ECF&ext=pdf)
- PETERANDER, F. (2007). The value Early Childhood Intervention [El valor de la Atención Temprana]. I Reunión Interdisciplinar sobre Discapacidades/Trastornos del Desarrollo y Atención Temprana. Madrid: Genysi e IMAP. Extraído el 13 de septiembre de 2008 desde <http://www.genysi.es/index.php?option=comrempository&Itemid=32&fun.=fileinfo&id=221>.
- PIAGET, J. (1972). *El Nacimiento de la Inteligencia en el Niño*. Madrid: Aguilar.
- PINEDA, P., MORENO, M<sup>a</sup> V., ÜCAR, X. y BELVIS, E. (2008). Derecho a la calidad: evaluación de la formación permanente en el sector de la Educación Infantil en España. *Revista de Educación*, 347, 101-126.
- PONCE RIBAS, A. y VEGA SAGREDO, B. (2008). *Talleres de abuelos. Cómo organizar talleres para abuelos con niños con discapacidad*. Madrid: FEAPS.
- PONCE RIBAS, A. (2007). *Apoyando a los hermanos*. Madrid: FEAPS
- PONCE RIBAS, A. (2008). *De padres a Padres*. Madrid. FEAPS

- PONTE, J. (2003). *Legislación y Atención Temprana. Notas sobre aspectos sociosanitarios*. Madrid: Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad.
- PONTE, J., CARDAMA, J., ARLANZÓN, J. L., BELDA, J.C., GONZÁLEZ, T. y VIVED, E. (2004). *Guía de Estándares de Calidad en Atención Temprana*. Madrid. IMSERSO.
- PORTELLANO PÉREZ; J. A. (1992). *Introducción al estudio de las asimetrías cerebrales*. Madrid: CEPE.
- POURTOIS, J. P. (1984): *Eduquer les parents ou comment stimuler la compétence en education*. Bruselas: Labor.
- REAL DECRETO 2639/1982 de ordenación de la educación especial. B.O.E. 15 de octubre de 1982.
- REAL DECRETO 334/1985 de ordenación de la educación especial. B.O.E. 16-3-1985.
- REAL DECRETO 696/95, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales. B.O.E. 28 de abril de 1995.
- REAL DECRETO 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de grado.
- REAL DECRETO 1394/2007, de 29 de octubre, por el que se establece el título de Técnico Superior de Educación Infantil y se fijan sus enseñanzas mínimas.
- REAL PATRONATO SOBRE DISCAPACIDAD (1994). *Detección de deficiencias y estimulación temprana. Guía para orientar a padres*. Castilla y León: Real Patronato sobre Discapacidad.
- REAL PATRONATO SOBRE DISCAPACIDAD (2005). *Programa NAR. Programa de prevención y a atención a recién nacidos de alto riesgo neuro-psico-sensorial*. Colección de documentos 68/2005. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- REHER, D. (1996). *La familia en España. Pasado y presente*. Madrid: Alianza Universidad.
- REQUENA, M. (1993). *Formas de familia en la España de hoy*. En Garrido, A y Calvo, G. *Estrategias familiares en un mundo en cambio* (pp. 133-152). Madrid: Alianza Editorial.
- RETORTILLO FRANCO, F. y PUERTA CLIMENT, E. (2004). *Marco normativo de las necesidades educativas especiales en las edades tempranas*. Madrid: Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad, nº 57.
- RÍO, del SADORNIL, D. (2003). *Métodos de investigación en Educación. Volumen I: procesos y diseños no complejos*. Madrid: UNED.
- RÍOS GONZÁLEZ, J. A. (1984). *Orientación y Terapia Familiar*. Bilbao: Grijelmo.
- RÍOS GONZÁLEZ, J. A (2005). *Los ciclos vitales de la familia y la pareja*. Madrid: Editorial CCS.
- RIVAS BORRELL, S. (2004). *Educación Temprana en el niño de 0 a 3 años a través de programas*. Pamplona: EUNSA.
- RODRIGO, M. J y PALACIOS, J (Coords.) (2005). *Familia y desarrollo humano*. Madrid. Alianza Editorial.



- 
- RODRIGO, M. J. y PALACIOS, J. (Coords.). (2005). La familia como contexto del desarrollo humano En Rodrigo, M. J. y Palacios, J. (coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp: 25-44). Madrid: Alianza Editorial.
- RODRIGUEZ MARCOS, A (Coord.) (1995). *Un enfoque interdisciplinar en la formación de los maestros*. Madrid: Narcea.
- ROUSSEEL, L.L. (1989). *La famille incertaine*. Paris: Odile Jacob.
- RUIZ, C y GARCÍA, M. (2004). Factores relacionados con la calidad en las aulas de Educación Infantil: propuesta de un modelo explicativo. *Bordón*, nº 56 (2), 317-328.
- RUTTER, N. (1987). Parenting, childre and early attachments. En Leiderman, P.H.Tulkin, S.R. Y Rosenfeld, A. (Ed.). *Culture and Infancy: variables in the human experience*. Nueva York: Academic Press
- SAENZ-RICO DE SANTIAGO, B. (1995). *La familia y su eficacia en los programas de intervención temprana con niños considerados de alto riesgo biológico*. Tesis doctoral. Universidad Complutense.
- SAENZ-RICO, B. (1997). Programa de intervención temprana para sujetos de alto riesgo biológico. *Revista de Educación Especial*, nº 23, 29-35.
- SALVADOR, M. F. (2003). La Educación infantil en el ámbito del conocimiento pedagógico. En Gallego, J.L. y Fernández de H, E., *Enciclopedia de Educación Infantil*, Vol I, 55-77. Madrid: Aljibe.
- SÁNCHEZ ASÍN, A. (1990). Estimulación temprana: prevención y educación. *Revista de Educación Especial* nº 7, 9-20.
- SÁNCHEZ PALACIOS, C. y CABRERA, M. C. (1985). *La Estimulación Precoz. Un enfoque práctico*. Madrid: Siglo XXI
- SANSALVADOR GARRIDO, J. (1987). *La estimulación precoz en la educación especial*. Barcelona.: CEAC
- SANTROCK, J. W. (2003). *Infancia. Psicología del desarrollo*. Madrid: Mc Graw Hill.
- SAMEROFF, A. J y FIESE, B. H (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. En Shonkoff, J.P. y .Meisels, S.J. (Eds.) *Handboock of Early Childhood Intervention* (pp.135-159) .New York: Cambridge University Press.
- SARTO MARTÍN, P. (2001). *Familia y discapacidad*. III Congreso la atención a la diversidad en el sistema educativo. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca.
- SEITZ, V. y PROVENCE, S. (1990). Caregiver-focused models of early intervention. En Meisels, S. J y Shonkoff, J.P (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 400-427). Cambridge: Cambridge University Press.
- SEREM (1979). *Plan de Acciones de Recuperación para Minusválidos*. Madrid: SEREM.
- SERRA, E., GÓMEZ, L., PÉREZ-BLASCO, J. y ZACARÉS, J. (2005). Hacerse adulto en familia: una oportunidad para la madurez. En Rodrigo, M. J y Palacios, J (Coords.) (2005). *Familia y desarrollo humano* (pp.141-160). Madrid: Alianza Editorial.
- SHONKOFF, J. P. y MEISELS, S. J. (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention* [Manual de Intervención Temprana]. Cambridge: Cambridge University Press.

- SIMEONSSON, R. J. y BAILEY, D. B. (1990). Family dimensions in early intervention. En Meisels, S.J. y Shonkoff, J.P (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (pp. 428-444). Nueva York: Cambridge University Press.
- SOLSONA, M. y TREVIÑO, R. (1990). *Estructuras familiares en España*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- SORIANO, V (2000). *Intervención Temprana en Europa: tendencias en 17 países Europeos*. Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías.
- SORIANO, V. (2005). *Atención Temprana. Análisis de la situación en Europa. Aspectos claves y recomendaciones*. Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías.
- SORRENTINO, A. M. (2001). Monográfico Cronicidad y minusvalía. *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*. Mosaico, nº 21, 22-26.
- SPITZ, R. (1965). *El primer año de vida del niño*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- SPITZER, M. (2005). *Aprendizaje. Neurociencia y la escuela de la vida*. Barcelona: Ediciones Omega.
- STER, D.N. (2006). *El nacimiento de una madre*. Barcelona: Paidós.
- TORRES SANTOMÉ, J. (2005). Educación Infantil y Derechos de la Infancia. *Aula de Infantil*, nº 24, 38-44.
- TRIANES TORRES, M<sup>a</sup> V. y GALLARDO CRUZ, J. A. (Coord.) (1998). *Psicología de la educación y del desarrollo*. Madrid: Pirámide.
- ULIVIERI, S. (1986). Historiadores y sociólogos en busca de la infancia. Apuntes para una bibliografía razonada. *Revista de Educación*, nº 281, 47-86.
- UNESCO (1993). *Necesidades básicas de aprendizaje. Estrategias de acción*. Extraído el 22 de abril de 2010 desde <http://unesdoc.unesco.org/images/0009/000940/094008sb.pdf>
- UNESCO (2007). *Informe de seguimiento de la Educación para Todos*. Extraído el 13 de julio de 2008 desde [http://portal.unesco.org/education/es/ev.php-URL\\_ID=51177&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/education/es/ev.php-URL_ID=51177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)
- UNICEF (2005). *Estado mundial de la infancia*. UNICEF.
- UNICEF (2010). *La Infancia en España. 20 años de la Convención sobre los Derechos del Niño: retos pendientes*. UNICEF.
- VALET, M. (2008). *Educación a niños y niñas de 0 a 6 años*. Madrid: Wolters Kluwer educación.
- VALLE TRAPERO; M. (1989). *Intervención precoz en niños de alto riesgo biológico*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid
- VALIÑO CASTRO, A (2006). Políticas Públicas de apoyo a la función educadora de la familia. En Álvarez Vélez, M y Berástegui Pedro-Viejo, A. (Coords.) *Educación y familia: la educación familiar en un mundo en cambio* (pp.22-42). Madrid: Universidad de Comillas.
- VIDAL LUCENA, M (1990). *Atención Temprana: Guía para la estimulación del niño de 0 a 3 años*. Madrid: CEPE.

- 
- VIDAL LUCENA, M. Y RUBIO SÁNCHEZ-VIZCAINO, L. (2007). Perspectiva histórica de la estimulación temprana. En Vidal Lucena, M (Coord.), *Estimulación temprana (de 0 a 6 años). Desarrollo de capacidades, valoración y programas de intervención* (pp. 11-26). Madrid: CEPE.
- VILA, I. (2005). Intervención psicopedagógica en el contexto familiar. En Rodrigo. M. J. y Palacios, J. (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (501-519). Madrid: Alianza Editorial.
- VILLA ELIZAGA, I (1992). *Desarrollo y estimulación del niño durante sus tres primeros años de vida*. Pamplona: Editorial EUNSA.
- VIZCAINO, I. (2008). *Guía para programas en Educación infantil (0-6 años). Trabajar por proyectos*. Madrid: Wolters Kluwer
- VELLOSO, A (1993). Organismos internacionales y su incidencia en la educación infantil. En Lebrero. M (dir) op.cit (701-721)
- WARNOCK, M. (1990). *Informe sobre necesidades educativas especiales*. Siglo Cero, 130, 12-24.
- WATSON, J. B. y SKINNER, B.F. (1987). *Aprendizaje y Comportamiento*. Madrid: Mr.Ediciones.
- WINICOTT, D.W. (1998) (1ª Ed.Castellano). Los bebés y sus madres. Barcelona: Paidós Saberes Cotidianos.
- ZABALZA, M. A. (2002). *Didáctica de la Educación Infantil*. Madrid: Narcea.
- ZULUETA, Mª I. (2007). Los padres en la Atención Temprana. En Vidal, M. (Coord.), *Estimulación temprana (de 0 a 6 años). Desarrollo de capacidades, valoración y programas de intervención* (pp. 77-103). Madrid: CEPE.

ANEXOS

## PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

### **Presentación y aproximación teórica:**

La investigación en Atención Temprana es una necesidad para el desarrollo de programas de intervención cada vez más eficaces. Consideramos que la participación familiar en el proceso de intervención constituye una estrategia, que en sí misma, puede fomentar el desarrollo de los niños. La familia, es un contexto potencialmente facilitador, o en su caso, inhibidor del desarrollo y de la educación de los niños.

Por esta razón, desde el Departamento de Didáctica y Organización Escolar de la Facultad de Educación (UAM), y bajo la dirección de las Profesoras Rosalia Aranda y Pilar Gútiez surge esta investigación con el fin de conocer las actividades de formación familiar, que dentro de la Comunidad de Madrid, se están ofertando a las familias en los tres ámbitos de la atención temprana: salud, servicios sociales y educación.

Por todo ello, su contribución en esta investigación resultaría de gran utilidad dada su proximidad al objeto de estudio, basada en su práctica diaria.

Le agradeceríamos que lo remitiera cumplimentado, lo antes posible a la dirección desde la que se le envía o a [carmen.andres@uam.es](mailto:carmen.andres@uam.es), donde estaremos a su disposición para resolver cualquier consulta o duda. Al término del estudio le remitiremos resultados y conclusiones

### I.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

<input type="checkbox"/>	Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer
--------------------------	--------	--------------------------	-------

Nº de años de trabajo en el campo de Atención Temprana

#### 1.- Titulación de base del profesional quien lo firma:

<input type="checkbox"/>	Medicina	<input type="checkbox"/>	Psicología
<input type="checkbox"/>	Pedagogía	<input type="checkbox"/>	Trabajo social
<input type="checkbox"/>	Logopedia	<input type="checkbox"/>	Fisioterapeuta
<input type="checkbox"/>	Magisterio	<input type="checkbox"/>	Otros
<input type="checkbox"/>	Psicopedagogía		

#### 2.- Centro o servicio de trabajo:

<input type="checkbox"/>	Servicio Neonatología	<input type="checkbox"/>	Centro de Educación Infantil
<input type="checkbox"/>	Servicio Pediatría	<input type="checkbox"/>	Centro Base
<input type="checkbox"/>	Servicio Neuropediatría	<input type="checkbox"/>	Centro de Atención Temprana
<input type="checkbox"/>	Equipo de Atención Temprana	<input type="checkbox"/>	Gabinete Privado
<input type="checkbox"/>	E. O. Educativa y Psicopedagógica	<input type="checkbox"/>	Casa de Niños

#### 3.- Nº de familias atendidas en el centro:

<input type="checkbox"/>	Menos de 50	<input type="checkbox"/>	Entre 50 y 100	<input type="checkbox"/>	Más de 100
--------------------------	-------------	--------------------------	----------------	--------------------------	------------

#### 4.- Nacionalidad de las familias de su centro o servicio

<input type="checkbox"/>	Española	<input type="checkbox"/>	Comunitaria	<input type="checkbox"/>	Extracomunitaria
--------------------------	----------	--------------------------	-------------	--------------------------	------------------

## II.- ORGANIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN FAMILIAR

5.- ¿Tienen establecidos protocolos para los procesos de intervención familiar en su centro o servicio?

☐ No.

☐ Sí. En caso afirmativo señale

<input type="checkbox"/>	De apoyo	<input type="checkbox"/>	De formación
--------------------------	----------	--------------------------	--------------

6.- En el ámbito de su trabajo ¿que profesionales atienden a las familias? Contesta cuáles aunque sean más de uno

<input type="checkbox"/>	Médico	<input type="checkbox"/>	Psicólogo
<input type="checkbox"/>	Pedagogo	<input type="checkbox"/>	Trabajador social
<input type="checkbox"/>	Logopeda	<input type="checkbox"/>	Fisioterapeuta
<input type="checkbox"/>	Maestro	<input type="checkbox"/>	Profesional externo al centro
<input type="checkbox"/>	Psicopedagogo		

7.- ¿Existe formación específica para las familias en su centro?

☐ No.

☐ Sí

¿Qué actividades se realizan para la formación familiar en su centro o servicio?

<input type="checkbox"/>	Escuela de padres	<input type="checkbox"/>	Grupos de apoyo
<input type="checkbox"/>	Terapia familiar	<input type="checkbox"/>	Otros: jornadas, seminarios

¿Con que periodicidad se realizan las actividades de formación familiar?

<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anual.	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Otros
----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

¿Cuánto tiempo llevan implantados?

<input type="checkbox"/>	Menos de 1 año	<input type="checkbox"/>	De 1 a 5 años	<input type="checkbox"/>	De 5 años en adelante
--------------------------	----------------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------------

8.- Existe en su horario laboral un tiempo específico para atender a las familias?

☐ No.

☐ Sí. En caso afirmativo, señale

<input type="checkbox"/>	1 hora semanal	<input type="checkbox"/>	2 horas semanales	<input type="checkbox"/>	3 horas semanales
--------------------------	----------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------

9.- En su centro o servicio ¿hay un espacio físico establecido, para las actividades que se realizan con las familias?

☐ No.

☐ Sí. En caso afirmativo, indique donde

--

### III.- PROFESIONALES :

10.- ¿Ha recibido formación específica en intervención familiar?

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI
--------------------------	----	--------------------------	----

¿Le gustaría recibir esta formación para el desempeño de su trabajo con las familias?

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI
--------------------------	----	--------------------------	----

En el ámbito de su trabajo, ¿hay una planificación de la formación continua de los profesionales?

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI
--------------------------	----	--------------------------	----

### IV.- ACTUACIÓN CON LAS FAMILIAS:

11.- En su centro de trabajo ¿hay algún procedimiento para conocer las necesidades de las familias?

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI
--------------------------	----	--------------------------	----

¿Que miembros de la familia demandan participar en actividades formativas?

<input type="checkbox"/>	Abuelos	<input type="checkbox"/>	Hermanos	<input type="checkbox"/>	Padres	<input type="checkbox"/>	Madres
--------------------------	---------	--------------------------	----------	--------------------------	--------	--------------------------	--------

12.- La participación de las familias en los programas de formación es:

<input type="checkbox"/>	Participación máxima	<input type="checkbox"/>	50%	<input type="checkbox"/>	Participación mínima
--------------------------	----------------------	--------------------------	-----	--------------------------	----------------------

13.- Las actividades de formación para las familias son financiadas de forma:

<input type="checkbox"/>	Subvencionada	<input type="checkbox"/>	Gratuita	<input type="checkbox"/>	Costeada por la familia
--------------------------	---------------	--------------------------	----------	--------------------------	-------------------------



14.- ¿Qué fomentaría para que se pudiera realizar mayor formación familiar?

<input type="checkbox"/>	Flexibilizar organización	<input type="checkbox"/>	Formación de los profesionales	<input type="checkbox"/>	Otros (recursos económicos, colaboración familias...
--------------------------	---------------------------	--------------------------	--------------------------------	--------------------------	--

15.- Según su criterio ¿cuáles son los beneficios que aportan los profesionales a las familias?

----------------------

16.- ¿Considera necesaria la formación de las familias, como acción preventiva en su servicio o centro?

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	Otros
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	-------

17.- ¿Qué información comparte con los padres al finalizar la intervención con un niño/ o al salir de clase?

<input type="checkbox"/>	Actividades realizadas
<input type="checkbox"/>	Rendimiento del niño
<input type="checkbox"/>	Actividades complementarias

18.- ¿Cuál es el tiempo dedicado, aproximadamente, a la devolución de la información a los padres?

<input type="checkbox"/>	5 Minutos	<input type="checkbox"/>	10 Minutos	<input type="checkbox"/>	15 Minutos
--------------------------	-----------	--------------------------	------------	--------------------------	------------

19.- ¿Considera que los padres se implican y colaboran con los profesionales en la educación?

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	Otros
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	-------

20.- ¿Influye el grado de atención que se da a la familia en el desarrollo del niño?

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SI
--------------------------	----	--------------------------	----